Rok LXVIII. Kraków, dnia 30. stycznia 1909. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rozczłonkowanie histeryi tradycyjnej. Pityatyzm.

Napisał

Dr J. Babiński,

lekarz szpitala »Pitié« w Paryżu.

Pierwsze kroki swej karyery neurologicznej stawiałem w szkole Salpetrière, gdzie w latach 1885—1887 miałem zaszczyt pełnić obowiązki szefa kliniki Charcota; kształciłem się tedy na poglądach o histeryi, podówczas tam głoszonych, które do czasów ostatnich były prawie powszechnie wyznawane.

Narazie przyjąłem je bez zastrzeżeń, lecz stopniowo pod wpływem spostrzeżeń, nie dających się pogodzić z owymi poglądami, począłem wątpić w ich dokładność i przedsięwziąłem poddanie ścisłemu rozbiorowi wszystkich faktów, mogących dać sprawdzian ich wartości. Jakkolwiek wyniki mych badań zmusiły mnie do odrzucenia doktryny mego znakomitego nauczyciela, nie mniej jednak zachowałem — i chciałbym to podkreślić — głęboką cześć dla wielkiego neurologa, którego prace o histeryi, doniosłe, pomimo pewnych błędów, stanowią zaledwie nieznaczną część jego wspaniałego dzieła.

Wyniki mych dziesięcioletnich badań nad tą sprawą zostały ujęte w roku 1901 w referacie, wygłoszonym w Paryskiem Towarzystwie neurologicznem, w którym to referacie wystąpiłem z twierdzeniem, że do histeryi zaliczono zaburzenia do niej nie należące, i wskazałem granice, które, mojem zdaniem, należy nakreślić dla tej nerwicy. Moje stanowisko zostało przyjęte przez Dr Dutil i Landry w ich artykule »O histeryi« w drugiem wydaniu »Traité Charcot-Bouchard-Brissaud«. Pogląd swój wyłożyłem ponownie w odczycie w Towarzystwie internów szpitalnych w Paryżu w roku 1906. Tegoż stanowiska broniłem w r. 1907 na Zjeździe neurologicznym w Genewie. Zostało ono wreszcie poddane dyskusyi w kwietniu i maju 1908 r. w Paryskiem Towarzystwie neurologicznem, przyczem ku wielkiemu memu zadowoleniu mogłem stwierdzić, że wielu z mych kolegów, między innymi Brissaud, Dupré, Ballet, Souques, Meige, w znacznym stopniu, lub całkowicie, podziela me zdanie. Mogę nawet powiedzieć, że w punktach ważniejszych znaczna większość członków Towarzystwa zgodziła się ze mną, a poczynione mi przez niektórych zarzuty dotyczyły raczej zagadnień drugorzędnych, — może wynikały ze zwyczajnego nieporozumienia, gdyż poglądy moje, wyłożone w krótkości, nie zostały należycie zrozumiane. Spodziewam się, że podając je w innej postaci, zdołam przekonać swych przeciwników.

W chwili obecnej wszyscy lekarze uznają, iż dziedzina tradycyjnej histeryi została nadmiernie rozszerzona i że się conajmniej przeceniało przypisywaną jej właściwość odtwarzania chorób najbardziej różnorodnych, zdolność »robić wszystko«, jak ongi mówiono. Jest to już pewnikiem powszechnie przyjętym; wydaje mi się jednak interesującem wykazanie przyczyn, które wywołały dawne pojęcie tej sprawy, oraz wyłuszczenie powodów, dla których je porzucono. Mojem zdaniem nadmierne rozszerzenie granic histeryi wynikło z trzech głównie przyczyn: 1) popełniono szereg błędów rozpoznawczych, uznając za należące do histeryi przypadki cierpień organicznych; 2) niedoceniano znaczenia udawania (symulacyi) i wskutek niewystarczającego dozoru przypisywano histeryi objawy udawane; 3) łączono ze sobą takie stany nerwowe, które powinny być od siebie odróżnione. Postaram się udowodnić swoje stanowisko przez drobiazgowy rozbiór faktów, kolejno badając trzy wyżej wymienione przyczyny błędu.

1) By udowodnić, że cierpienia organiczne częstokroć brano za histeryę, wystarczy wziąć za przykład porażenie połowicze. Nietylko twierdzę, nie bojąc się opozycyi, że zaliczano często do histeryi przypadki organicznych porażeń połowiczych, lecz uważam nawet, że tego rodzaju pomyłki były dawniej nieuniknione, gdyż nie miano żadnego pewnego środka dla odróżnienia obu tych rodzajów bezwładu. W rzeczy samej, uważano, iż histeryczne porażenie połowicze ze ścisłą dokładnością może odtworzyć takież porażenie organiczne, oraz, że za jedyne dane do rozpoznania służą właściwości zewnętrzne cierpienia, jako to: wiek chorego, obecność lub nieobecność towarzyszących zmian w sercu, poprzedzająca kiła, wrzekome piętna histeryczne, oraz okoliczności, przy których dane cierpienie powstało. Owóż, jest to wręcz przeciwne rzeczywistości. Bez trudności mógłbym przedstawić chorych z porażeniem połowiczem niewątpliwie organicznem, którzy niemniej są w młodym wieku, nie mają żadnych oznak zmian w sercu, nie mają przymiotu, wykazują znieczulenie strony porażonej oraz zwężenie pola widzenia, i których porażenie nastąpiło pod wpływem wzruszenia; odwrotnie widziałem przypadki histerycznego porażenia połowiczego u jednostek w wieku podeszłym, dotkniętych cierpieniem sercowem, nie mających ża-

dnych zaburzeń czucia, i u których porażenie żadnem wzruszeniem poprzedzone nie było. Z jednej strony rolę wzruszenia w powstawaniu zaburzeń histerycznych bezsprzecznie conajmniej przesadzano, z drugiej zaś strony zamało się liczono z wpływem tego czynnika na powstawanie cierpień organicznych. Tymczasem już *„a priori“* możnaby przypuścić, że zaburzenie w krążeniu, sprawione wzruszeniem, może wywołać pęknięcie ściany naczyniowej w miejscu uprzednio osłabionem, co też stwierdzają fakta. Co się tyczy znieczulenia połowiczego, Prof. Bernheim już oddawna słusznie dowodził, że w większości przypadków jest ono zrodzone przez sugestyę; mnie zaś powiodło się dostarczyć nowych danych na poparcie tego twierdzenia; wykazałem, że w zależności od sposobu stawiania pytań oraz badania chorego otrzymywano co do domniemanych znamion histerycznych wyniki całkiem odmienne, i muszę stwierdzić, że od szeregu już lat nie znajduję u histeryków tych znamion, o ile ci chorzy uprzednio nie stykali się z osobami, dzięki którym mogli uledz sugestyi. Coprawda możnaby temu zarzucić, że połowicze znieczulenie czuciowo-zmysłowe bądź wywołane przez sugestyę, bądź niezależne od niej, nie mniej jednak świadczy o istnieniu histeryi. Jest to zupełnie słuszne, — lecz niemniej pewnem jest, że objawy te łatwo można wywołać u olbrzymiej ilości osób; że nawet szczególnie łatwo dadzą się one wytworzyć u jednostek chorych, co się skądinąd łatwo tłómaczy; że w wielu przypadkach można do organicznego porażenia połowiczego sztucznie dołączyć sugestyjne znieczulenie połowicze; że źródłem tego znieczulenia jest zazwyczaj niewłaściwe badanie lekarskie, i że wreszcie wobec częstości skojarzeń histero-organicznych, obecność znieczulenia połowiczego w przypadku połowiczego porażenia wcale nie rozstrzyga o istocie tego porażenia.

W przeciwieństwie do tego, co przypuszczano dawniej, tylko wewnętrzne cechy porażenia mogą dać podstawę do dokładnego rozpoznania. Dawniej nie zdawano sobie z tego sprawy, a to wskutek tego, że neurologowie, skierowani na niewłaściwą drogę, nie umieli wysnuć należytych wskazówek ze stanu odruchów ścięgnistych, chociaż je systematycznie badano, i że nie mieli do swego rozporządzenia pewnych oznak przedmiotowych, które mi się udało odnaleźć. W pierwszej mej pracy w tej sprawie z roku 1893 i później w referatach i dyskusyi w Tow. neurologicznem w Paryżu wielokrotnie obstawałem przy tem, że histerya nie zdoła zmieniać odruchów ścięgnistych i że wobec tego właściwemu porażeniu histerycznemu nie towarzyszy nigdy wzmożenie tych odruchów. Pogląd ten spotkał się pierwotnie z bardzo energiczną opozycyą, ale stopniowo liczba przeciwników malała, ostatnia zaś dyskusya w Towarzystwie neurologicznem ujawniła, że obecnie wszyscy już moi koledzy podzielają moje zdanie. A więc w przypadku porażenia połowiczego wzmożenie odruchów ścięgnistych po stronie porażonej, — objaw dawniej już znany, lecz niedoceniany co do swej doniosłości — pozwala twierdzić, że się ma przed sobą cierpienie organiczne ośrodkowego układu nerwowego. Nie mam potrzeby kłaść nacisku na nowsze oznaki przedmiotowe, które również pozwalają na dokładne rozpoznanie, jako to: objaw palców stopy (prostowanie palucha i objaw wachlarzowy), ruch skojarzony zginania tułowia i miednicy, objaw szerokiego mięśnia szyi, zmniejszone napięcie mięśniowe, objaw pronacyi. Obecnie należą one już do wiadomości, z których się powszechnie korzysta. Mam więc prawo twierdzić, że w niedalekiej jeszcze przeszłości nie posiadano żadnego ze środków, którymi się posługujemy obecnie dla odróżnienia organicznego porażenia połowiczego od histerycznego, i że wobec tego w rozpoznaniach musiano popełniać liczne omyłki.

Jeśli się nieco zastanowimy nad powyższymi wywodami, łatwo zrozumiemy następstwa owych pomyłek, zrodzone przez nie nowe błędy, ich doniosłość i wpływ, jaki wywarły na tradycyjne pojęcie histeryi. Poruszamy jedną z najciekawszych stron dziejów tej nerwicy. Przenieśmy się myślą w czasy, kiedy nie posiadano tych danych, z których obecnie każdy lekarz korzysta dla rozpoznania charakteru porażenia połowiczego. Wskutek wyżej podanych przyczyn w owym czasie często musiały się zdarzać przypadki, że organiczne porażenie połowicze brano za porażenie histeryczne: każdy z mych czytelników, mający już pewne doświadczenie, może sobie przypomnieć przypadki podobne. Skoro chorych takich próbowano uzdrowić zapomocą hipnotyzmu, do którego się często podówczas uciekano, spotykano się pomimo wszelkich wysiłków z zupełnem niepowodzeniem; wysnuwano stąd wniosek, że objawy histeryczne są częstokroć oporne względem leczenia psychicznego — co mi się wydaje niesłusznem. Wśród tychże chorych musieli wszak być również tacy, którzy mieli zaburzenia naczynioruchowe, zmniejszenie ciepłoty po stronie porażonej, gdyż są to częste objawy przy organicznem porażeniu połowiczem; z nieuniknioną konsekwencyą musiano wnosić, że histerya może wywołać zaburzenia tego rodzaju; a stąd pozostawał już tylko krok jeden (który też uczyniono) do twierdzenia, że może ona też zrodzić rumienie, pryszczyki, obrzęki, krwotoki i nawet zgorzel skóry. Nie koniec na tem: skoro histerya potrafi wywołać takie zaburzenia skórne, dlaczegóżby nie miała wywołać podobnych zmian w narządach wewnętrznych, dlaczegoby nie miały istnieć krwioplucia, wymioty i moczenia krwawe, a nawet krwotoki mózgowe, pochodzenia histerycznego.

Naprzykład: U młodej dziewczyny stwierdzono krwioplucie; w rodzinie jej nie można było wykazać poprzedzających przypadków gruźlicy; jej stan ogólny był zupełnie zadowalniający; badanie osłuchowe nie wykazywało żadnych zmian w płucach, co się zdarza czasami w początkach gruźlicy; jeżeli ta chora miewała uprzednio napady histeryczne, jeżeli w dodatku stwierdzono u niej połowicze znieczulenie czuciowo-zmysłowe, wówczas niezawodnie musiano dojść do przekonania, iż krwioplucie zależy tu od histeryi. Nawet gorączka, o ile się pojawiła, nie obalała takiego rozpoznania; gdyż skoro się raz uznało, że histerya ma zdolność wywoływania zaburzeń ośrodków odruchów ścięgnistych, oraz ośrodków naczynioruchowych, to było całkowicie uzasadnionem przypuszczać, że może ona wywołać także zaburzenia w ośrodkach regulacyi ciepłoty. Wszystkie te wnioski, zupełnie logiczne, wysnute zostały przez najprzedniejsze umysły; ich błędem jedynym było błędne założenie, i dlatego też nie posiadają one żadnej wartości. Ale powiedzą mi może, że jakkolwiek myśl przewodnia była błędną, niemniej mogła ona wieść do odkrycia faktów prawdziwych; bo jak sobie wytłómaczyć, że tylu pierwszorzędnych klinicystów mogło się w ten sposób dać w błąd

wprowadzić. Jakkolwiek dziwnem się to wydaje, a jednak stwierdzić należy, że w tej dziedzinie zjawisk mylili się nawet najlepsi badacze. Ażeby się w tem upewnić, wystarczy odwołać się do własnych wspomnień. Niema prawie lekarza, któryby nie pamiętał podobnych błędów, popełnionych przez siebie samego lub przez swych nauczycieli; odkąd rozpocząłem walkę przeciw tradycyjnej histeryi, wielu z mych kolegów przytaczało mi mnóstwo takich przykładów; chodziło tu o przypadki krwioplucia, wymiotów i moczenia krwawego, gorączki itd., które przez dłuższy czas były uważane przez najwybitniejszych klinicystów za przejawy histeryi, a gdzie jednak w końcu wychodziła na jaw organiczna istota cierpienia. Jak już mówiłem, te błędy poczęści dają się wytłómaczyć przez fałszywe poglądy teoretyczne, które się mocno zagnieździły w umysłach; tłómaczą się one również tem, że dotyczą objawów, które wymagają czasami wielomiesięcznej obserwacyi, zanim się dadzą z zupełną pewnością zaliczyć do odpowiedniej grupy, i które wskutek tego giną z oczu, zanim się uwidoczni konieczność sprostowania pierwotnego rozpoznania; wreszcie tłómaczą się one przez wpływ tradycyi, z której się trudno wyzwolić. Pewien kolega, przekonany, że napotkał ciekawy przypadek gorączki histerycznej, zwrócił się do mnie o ułatwienie mu ogłoszenia w piśmie neurologicznem tego spostrzeżenia; na moją uwagę, że spostrzeżenie to nie jest dostatecznie przekonywające, usłyszałem odpowiedź: »Uznaję, iż dowody moje nie są niezbite, ale przypuszczałem, że istnienie gorączki histerycznej, przyjęte w dziełach klasycznych, nie ulega wcale wątpliwości, i zdawało mi się, że nie mam potrzeby bardziej pogłębiać badania«. W ten oto sposób błędy tem trudniej wykorzenić, im są starsze i im bardziej są przekazane tradycyą z pokolenia na pokolenie.

(C. d. n.).

Empyema pulsans.

Napisał

Dr Stefan Rudzki.

(Dokończenie).

Jako przykład ropniaka tętniącego bez zewnętrznego guza przytoczyć można przypadek Traubego, dotyczący 24-letniego mężczyzny z lewostronnem zapaleniem opłucnej: klatka piersiowa z lewej strony w okolicy mostka i przyległych chrząstek żebrowych była obrzękła i dawała zupełne stłumienie, serce było znacznie przesunięte na prawo. Co najważniejsze jednak, że prawie cała lewa połowa klatki piersiowej miarowo tętniła zgodnie z tętnem tętnic skroniowych. Oględziny pośmiertne potwierdziły obecność ropniaka opłucnej.

Daleko częściej zdarza się, — jakeśmy to wyżej wspomnieli, — iż ropa przebija międzyżebrza i przechodzi pod powłoki zewnętrzne, wypuklając je w postaci guza. Przebijaniu się ropy z jamy opłucnej towarzyszy zwykle silny ból, co podkreśla Dieulafoy, jako objaw częsty, a mało dotąd znany. Tętnienie nie odrazu jednak powstaje w guzie ropniakowym: mija zwykle conajmniej kilka dni, i pod tym względem nasz przypadek, w którym tętnienie powstało w drugim tygodniu istnienia ropniaka, zgodny jest ze spostrzeżeniami innych autorów (Dieulafoy, Dunin i inni).

Guz tętniący nie wygląda zgoła swoiście: bywa on zwykle mniej lub więcej okrągły, czasami nieco spłaszczony. Rozmiary jego mogą być najrozmaitsze — od wielkości orzecha do wielkości pięści i więcej. W naszym przypadku wypuklenie o okrągło-spłaszczonej postaci dosięgało wielkości pięści dorosłego mężczyzny.

Ważną jest okoliczność, że guzy takie nietylko tętnią, lecz zmieniają swą objętość, kolejno powiększając się i zmniejszając. Wahania te, co do których część autorów wyrażała pewne wątpliwości, dawały się spostrzedz jednak w większości przypadków, w tej liczbie były wyraźne i w naszym przypadku.

Objaw ten udatnie scharakteryzowany został jeszcze przez Bouvereta w jego »Traité de l'empyème«: »Jeśli wewnątrz-opłucny ropniak tętniący wyjątkowo tylko wykazuje objaw podnoszenia się, to natomiast w zewnątrz-opłucnym ropniaku tętniącym spostrzedz się dają rzeczywiste wahania w objętości guza. Wahania te zupełnie przypominają tętnienie worka tętniaka. Przy każdem uderzeniu serca cała powierzchnia tętniącego guza odrazu rozszerza się i tętni nietylko w prostopadłym, lecz i w poprzecznym kierunku«. Jeśli też ręką objąć guz, ma się zupełnie takie wrażenie, jak przy dużym tętniaku. Było tak i w naszym przypadku, w którym ciekawe było i to, że przy słabnięciu tętnienia (przed zniknięciem jego zupełnem) fale tętniące wyczuwać się dawały lepiej z boku guza, niż pośrodku jego.

W pewnych przypadkach udawało się guz tętniący odprowadzić; mieliśmy to poniekąd i u naszego chorego: przy ostrożnem naciskaniu guz wyraźnie zmniejszał się, ropa usuwała się z powrotem do jamy opłucnej.

Siedziba guza bywa bardzo rozmaita, wskutek czego rozpoznanie nieraz może być znacznie utrudnione.

Najczęściej leży on z przodu, na lewo od mostka, w okolicy 2., 3. i 4. międzyżebrza. Tak było w przypadkach Dieulafoy, Bérarda i innych.

U chorego Arana siedziba guza zbliżona była do naszego przypadku: zajmował on od 3. do 7-go międzyżebrza, gdy u naszego chorego guz znajdował się na przestrzeni od 5. do 7. żebra na lewo od mostka aż do linii pachowej przedniej.

W przypadku Mahla ropotok tętniący uwydatnił się »pod lewym łukiem żebrowym«. Znacznie rzadziej bywa siedzibą guza dolna część klatki piersiowej z boku lub z tyłu. W przypadku Courbona guz był w lewej okolicy lędźwiowej, zaczynał się on na zewnątrz od lędźwiowej części kręgosłupa tuż pod ostatniem żebrem i na 2 palce nie dochodził do grzebienia kości biodrowej. Guz był miękki, nieco ruchomy, niebolesny, chełbocący i prawie zupełnie odprowadzalny. Postać guza odpowiadała elipsie o długiej osi 14 ctm., idącej bardzo skośnie z góry na dół i od wewnątrz ku zewnątrz, a mała oś miała 11 ctm. w kierunku prawie prostopadłym. Guz ten był uważany przez wszystkich lekarzy za tętniaka, i dopiero pęknięcie jego i odejście ogromnej ilości ropy wyjaśniło sprawę.

W przypadku Millarda guz tętniący był na grzbiecie z lewej strony w okolicy ostatnich żeber. I tu rozpoznanie wahało się pomiędzy ropniakiem tętniącym, a tę-

tniakiem zstępującej części tętnicy głównej. Chora Dunina miała guzowatość również z tyłu w okolicy lędźwiowej lewej pod 12-tem żebrem. Podobnie usadowił się guz i w przypadku Bouvereta.

Dalsze losy ropniaka tętniącego opłucnej mogą być różne: najczęściej ilość ropy powiększa się, guz wzrasta, skóra nad nim cieńczeje, czerwienieje i — jeżeli nie nastąpiło nacięcie — guz sam pęka i ropa odchodzi. Tętnienie jednak i wtedy nie zawsze znika odrazu. Jeśli odeszło niedużo ropy i otwór zewnętrzny ropnia jest niewielki, tętnienie może pozostać, jak to było n. p. w przypadku Arana. Po wypuszczeniu większej ilości ropy, tętnienie znika odrazu. Tak było i u chorego Mahla, który zaznacza, że »zjawisko tętnienia znikało, skoro zapomocą strzykawki nieco ropy się wypuści«.

Wreszcie w rzadkich przypadkach tętnienie zniknąć może i przed otwarciem ropnia: tak było u naszego chorego, u którego 21. XI. 1907 tętnienie było już bardzo słabe, a 22. XI., w wilię nacięcia — zupełnie znikło.

W niewielkiej liczbie przypadków następowało przebicie ropniaka do oskrzeli, przyczem po odejściu ropy z plwociną znikał guz zewnętrzny i wraz z nim tętnienie.

Gdy tedy obraz kliniczny tętniącego ropniaka opłucnej jest znany dość dokładnie, to natomiast powstawanie tego cierpienia — jego patogeneza należy do zagadnień mało wyjaśnionych i spornych, chociaż wiele umysłów nad tem pracowało i szereg przypuszczeń jest dość długi.

Dawniejsi autorzy, którzy spostrzegali tętniące ropniaki, objawu tego nie starali się wyjaśnić. Nawet Wintrich ogranicza się do wzmianki, że »tętnienie ropni, łączących się z opłucną i w pobliżu serca leżących jest objawem dość częstym«. Dopiero Traube na zasadzie dwóch spostrzeganych przez siebie przypadków stara się wykryć przyczynę tego zjawiska. Rozumowanie jego jest następujące: Serce podczas skurczu przesuwa się ze strony prawej na lewą i tym sposobem wypycha w tęż stronę i płyn, zebrany w jamie opłucnej; w prawidłowym stanie ścian klatki piersiowej opłucna ścienna z powodu swej sprężystości na wypuklenie się nie pozwala; jeżeli jednak zostanie zniszczona, wtedy, choćby nawet ropień podskórny się nie utworzył, to i tak ściana robi się podatniejszą i tętnienie powstać może. Jakoż w swych przypadkach znalazł Traube zniszczenie listka opłucnej ściennej. Niedość jednak na tem: ważny wpływ przypisuje Traube wysiękowi w osierdziu: w razie gdy serce otoczone jest warstwą płynu, ruchy jego swobodniej odbywać się mogą, aniżeli wtedy kiedy się ociera o błony, choćby zupełnie gładkie. Przy tych obszerniejszych ruchach serca i wysięk opłucnej bardziej w lewą stronę odpychany będzie, a tem samem i tętnienie łatwiej powstać może.

To zapatrywanie się Traubego podziela w zupełności i Fraentzel.

Dunin po przytoczeniu powyższych poglądów Traubego zaznacza, że nie chce uważać ich za błędne, ale twierdzi, że nie są one jedynie możebne: o wysiękach w osierdziu dawniejsi autorzy nie wspominali, a w przypadku Dunina nietylko zwiększenia ruchomości nie było, lecz przeciwnie było ograniczenie ruchów serca. Muszą więc być jeszcze inne pomocnicze warunki: do nich zalicza Dunin szybkie powiększenie się wysięku, skutkiem czego płyn pomieścić się w jamie opłucnej nie może i łatwiej ustępuje uderzeniom serca.

Poglądy Traubego nie znalazły uznania u późniejszych pisarzy i zostały zarzucone.

Większem uznaniem cieszyła się hypoteza, podana w r. 1883 przez Féréola: uważa on za główny warunek powstania tętniącego ropniaka opłucnej istnienie odmy piersiowej; zdaniem jego, »ropotok tętniący w takim jedynie razie może powstać, jeśli istnieje ograniczona odma i obfity płynny wysięk z przesunięciem serca. Kolejne rozszerzanie się i opadanie guza możliwe jest dzięki sprężystości gazu, dostępnego ściśnięciu«.

Inne przypuszczenie wypowiada Comby: sądzi on, że »bezpowietrzne i ściśnięte płuco odgrywa rolę ciała odbijającego« (tętnienie serca), dodaje jednak dalej, że nie obstaje przy swem wyjaśnieniu i gotów jest wyrzec się go, jeśli podana zostanie lepsza teorya.

Pomijając ciemną sprawę, w jaki to mianowicie sposób i dlaczego tętnienie serca ma »odbijać się« od uciśniętego płuca, nadmienić należy, że przypuszczenie Combyego mogłoby wogóle stosować się tylko do bardzo znacznych wysięków z zupełnym uciskiem płuca.

Inni autorowie, jak Rummo, Keppler wskazują ze swej strony na szereg warunków, potrzebnych do powstania ropniaka tętniącego: »ciśnienie wewnątrzopłucne, zrosty, niedowład mięśni międzyżebrowych, wzmożenie skurczów serca i t. d.«.

Dieulafoy w »Podręczniku patologii wewnętrznej«, wydanym w r. 1897, powołuje się głównie na Féréola i podaje następujące wyjaśnienie: »Ropniak tętniący rozwija się tylko przy lewostronnych zapaleniach opłucnej z odsunięciem serca na prawą stronę; obecność niewielkiej ilości gazu w jamie opłucnej stanowi, widocznie, konieczny warunek do powstania takiego ropniaka. W podanych dotąd przypadkach odma ta była o tyle nieznaczna, iż obecność jej mogła być stwierdzona tylko z pewną trudnością. Przypuszczają nawet, iż dla pochodzenia tętnienia potrzebny jest brak komunikacyi między gazem w jamie opłucnej, a zewnętrznem powietrzem, t. j. bliznowate zamknięcie otworu, początkowo łączącego jamę opłucnej ze światłem oskrzela. Nie ulega wątpliwości, że sprężystość tych łatwo uciskalnych gazów nadaje płynnemu wysiękowi ruchy faliste, wywoływane skurczami serca«.

Już jednak w rok potem w »Wykładach klinicznych«, opartych na własnych dwóch spostrzeżeniach i bogatszem piśmiennictwie, poddaje Dieulafoy krytyce pogląd powyższy, nazywając go »pociągającą teoryą«, którą jednak obala fakt, iż w wielu przypadkach ropniaka tętniącego, między innymi i w jednym przypadku samego Dieulafoy, nie można było wykryć odmy pomimo bardzo starannego badania.

W nowszej tedy swej pracy czyni Dieulafoy zarzuty krytyczne wszystkim znanym sobie teoryom o powstawaniu ropniaka tętniącego i dochodzi do wniosku, iż »patogeneza tego cierpienia pozostaje dotąd niezupełnie wyjaśniona«.

Ze swej strony uważa on za konieczne warunki powstawania tego objawu zajęcie całej lewej jamy opłucnej z obfitym wysiękiem ropnym.

Dlaczego mianowicie tylko obfity wysięk ma dawać

tętnienie, Dieulafoy nie tłomaczy; opiera się on zapewne w swem twierdzeniu wprost na materyale statystycznym, to znaczy, iż w znanych sobie przypadkach napotykał zwykle wzmianki o znacznym wysięku.

Nasz przypadek zadaje kłam bezwzględności powyższego twierdzenia Dieulafoy.

Ciekawszą jest ta okoliczność, dlaczego tylko ropny wysięk może dać tętnienie. Możnaby przypuszczać, że same własności fizyczne ropnego wysięku usposabiają do łatwiejszego przenoszenia tętnienia, tak naprzykład, jak znaną jest różnica w przenoszeniu dźwięków w wysiękach surowiczych i ropnych (*egophonia*, słyszalność szeptu). Tu jednak podkreślają nietyle właściwości samego wysięku, ile tę okoliczność, iż »w ropnym wysięku narządy przylegające ulegają pewnym zmianom, które sprzyjają przenoszeniu się uderzeń serca« (Dieulafoy). Jakie mianowicie zmiany ma tu autor na myśli, bliżej nie wyjaśnia.

Jak zawsze, zwięźle i jasno przedstawia streszczenie poglądów na patogenezę ropniaka tętniącego opłucnej Biegański w swej »Dyagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych« (wyd. r 1896): wspomina on o tem, że najczęściej bywa tętnienie przy ropnych wysiękach opłucnej, usadowionych z lewej strony, poczem dodaje: »Oprócz jednak tych warunków konieczne są jeszcze dla wytworzenia tętnienia: otorbienie wysięku z mocnem napięciem płynu w worku wysiękowym, wyraźne porażenie mięśni międzyżebrowych, co przy długotrwałych wysiękach dość często się zdarza, oraz mocna czynność serca, którego ruchy przenoszą się na wysięk otorbiony«.

Zastanawia tutaj, iż Biegański wbrew zdaniu innych autorów, a opierając się jedynie na piśmiennictwie, podkreśla fakt, który uwidocznia i nasz przypadek, mianowicie ani słowem nie wspomina on o tem, że »obfity« wysięk, a tembardziej »zajmujący całą jamę opłucną«, ma być niezbędnym warunkiem do wytworzenia tętniącego ropniaka. Przeciwnie, podnosi, jako pierwszy warunek »otorbienie wysięku«.

Z innych polskich autorów Sokołowski w swem klasycznem dziele: »Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych« poświęca następujące uwagi ropniakowi tętniącemu opłucnej: »Sprawa polega na tem, że czasem przy lewostronnych obszernych wysiękach, przemieszczających serce na prawo, występuje rytmiczne tętnienie lewej strony klatki piersiowej, całej lub jej części, izochroniczne z tętnem promieniowem. W większości przypadków jednocześnie istnieć miała przytem odma piersiowa. Wogóle, co do powstawania tej sprawy, poglądy autorów nie są zupełnie do dziś dnia zgodne. Jedni utrzymują, że do jej powstania potrzeba, aby płuco do pewnego stopnia było uprzednio stwardniałe i mocno przyrośnięte ku tyłowi, co ma właśnie warunkować ujawniające się tętnienie. Inni przypuszczają, że tętnienie to warunkuje przedewszystkiem obecność powietrza. Wreszcie autorowie niemieccy, jak Rosenbach, przypuszczają, że sprawa ta występuje wówczas, kiedy przy obecności szerokich międzyżebrzy na pewnej przestrzeni żebra i mięśnie są mocno podatne, a ich odpowiednie napięcie warunkuje tętnienie. Tętniący ropniak, jak wspomniałem, widujemy obecnie bardzo rzadko, szczególniej przy zwykłych streptokokowych ropniach opłucnej, względnie częściej jeszcze przy przewlekłych gruźliczych wysiękach ropnych«.

Ostatnia praca w piśmiennictwie europejskiem o tętniącym ropniaku opłucnej, — pióra Livierato z roku 1906 — poświęcona jest opisowi przypadku ropniaka tętniącego i warunków, w jakich to cierpienie powstaje: »Należy tu znaczna ilość płynu, który znajduje się pod wzmożonem ciśnieniem i otoczony jest napiętemi ścianami«.

Jeśli dodamy pobieżną uwagę w najnowszem wydaniu znakomitego dzieła Oslera (w opracowaniu niemieckiem Hokea 1909 roku), iż wyjaśnienia objawu tętnienia wysięku opłucnego jeszcze dotąd brak *(ist noch ausständig)*, to wyczerpujemy całe piśmiennictwo i dochodzimy do wniosku, iż jedności wśród autorów co do patogenezy tętniącego ropniaka opłucnej niema i w każdym poszczególnym przypadku szukać trzeba wyjaśnienia w warunkach szczególnych, z których najczęstsze są: ropny charakter lewostronnego wysięku mniej lub więcej obfitego, a ograniczonego ścianami mocno napiętemi; obecność w jamie opłucnej pewnej ilości powietrza; przesunięcie serca na prawo i bezpośrednie przytykanie lewej komory do worka wysiękowego; względnie silne skurcze mięśnia sercowego; podatność klatki piersiowej z niedowładem mięśni międzyżebrowych.

Patogenezę naszego przypadku stosunkowo łatwiej wyjaśnić wskutek odrębnej etyologii urazowej.

Ropniak tętniący opłucnej rozwinął się tu prawdopodobnie w sposób następujący: Chory w podnieceniu tłukł się po celce i rzucał się całym ciężarem ciała na kamienną posadzkę; jako chory na porażenie był on szczególnie usposobiony do złamań kości; pod wpływem więc tak silnego urazu, nastąpiło u niego złamanie 6. żebra z lewej strony w części kostnej nieco na wewnątrz od linii sutkowej lewej. Złamane końce żebra zraniły tkanki głębiej leżące, w tej liczbie listki opłucnej. Ropne zakażenie jamy opłucnej nastąpić mogło albo przez naczynia — gdyż jednocześnie w kilku innych miejscach wystąpiły u chorego ropnie (na łokciu, na kolanie, na stopie), albo też możliwem jest bezpośrednie zakażenie, jeśli odłamki żebra — co często bywa (Hochenegg) — zraniły samą tkankę płucną, zajętą u chorego przewlekłą sprawą nieżytową (w plwocinie stwierdzono przewagę paciorkowców, najprawdopodobniejszych winowajców wszystkich ropni w naszym przypadku).

Wobec odczynu zapalnego naokoło odłamków żebra i uszkodzonych przez nie tkanek, powstały zrosty listków opłucnej, które ograniczyły i otorbiły wysięk ropny. Opłucna zrosła się i z osierdziem (za czem przemawiają następcze objawy — wciąganie międzyżebrzy przy skurczach serca); tym sposobem uderzenia serca bezpośrednio przenosiły się na worek wysiękowy. Wyjście ropy na zewnątrz pod powłoki skórne było ułatwione przez urazowe rozstąpienie się złamanych końców żebra, co też po przecięciu ropnia można było stwierdzić naocznie, gdyż przetoka, sięgająca w głąb, szła właśnie między odłamkami żebra. Powstało »empyema necessitatis« w postaci guza zewnętrznego, któremu udzielało się tętnienie od przylegającego doń bezpośrednio i zrośniętego z nim worka osierdziowego. (Fakty podobne stwierdza między innymi Hochenegg w swej

chirurgii szczegółowej, zaznaczając, iż »wysięki ropne, leżące blizko serca, dawać mogą tętnienie«).

Czy u naszego chorego istniała i odma opłucna (ograniczona), rozstrzygnąć trudno. Badanie przedmiotowe przez dłuższy czas było uniemożliwione wskutek gwałtownego oporu chorego, później zaś, gdy wystąpił już guz tętniący, obecności powietrza w nim nie stwierdzono. Jeśli odłamki żebra zraniły i pęcherzyki płucne, możliwem było powstanie na początku odmy, która później ustąpiła i otwór, łączący jamę opłucną z płucem, mógł zarosnąć szybko, jak to często spostrzegano.

Z innych czynników współdziałających mieliśmy w naszym przypadku osłabienie napięcia mięśni międzyżebrowych, oszczędzanych przez chorego z powodu bolu; było też znaczne przesunięcie serca na prawo przez wysięk lewostronny o mocnem napięciu ścian. Słaba stosunkowo działalność serca nie przeszkodziła tu wystąpieniu tętnienia w guzie, wobec tego, że worek wysiękowy leżał tuż obok serca i był z nim zrośnięty.

Tak tedy wskutek zespołu tych okoliczności sprzyjających, ustalić można z pewnem prawdopodobieństwem patogenezę naszego przypadku.

Rozpoznanie tętniącego ropniaka opłucnej w większości przypadków nie należy do trudnych, jeśli tylko pamiętać o możliwości istnienia tego cierpienia. Błędy rozpoznawcze we wszystkich znanych mi z piśmiennictwa przypadkach były na niekorzyść ropniaka tętniącego.

Cierpieniem, najbardziej zbliżonem klinicznie, jest tętniak tętnicy głównej i z nim to najczęściej plątano rozpoznanie. Tak było w przypadku Bérarda, gdzie guz tętniący był z przodu, na lewo od mostka, w okolicy górnych żeber. Również Courbon rozpoznał tętniaka zstępującej części tętnicy głównej u chorego z guzem tętniącym w okolicy lędźwiowej pod ostatniem żebrem z lewej strony. Podobny błąd rozpoznawczy był w przypadku Bouvereta i innych wielu.

Wogóle w większości przypadków wahano się pomiędzy tętniakiem tętnicy głównej, a ropniakiem tętniącym opłucnej, należy więc ustalić objawy różniczkowe.

Sam rodzaj tętnienia wskazówek żadnych dać nie może. Wielu autorów, w tej liczbie Bouveret, Kussmaul i Müller wykazali, że tętnienie w ropniaku tętniącym nie różni się niczem od tętnienia w tętniaku, nie ogranicza się ono bowiem do tętniącego podnoszenia się i opadania guza, lecz jest również wszechstronnem, jak w tętniaku.

W rozpoznaniu tedy różniczkowem kierować się trzeba innemi wskazówkami.

I tu, jak przy opisie obrazu klinicznego odróżniać będziemy dwie postacie omawianego cierpienia: ropniak tętniący wewnątrzopłucny i tętniący ropniak przebijający (»empyema necessitatis«). W pierwszym przypadku w rozpoznaniu uwzględnić musimy przedewszystkiem początek choroby: w ropniaku mamy cierpienie płucne w tej lub innej postaci, z gorączką, kaszlem i t. d., a później objawy wysięku opłucnego, zwłaszcza przesunięcie serca na prawo,— czego nie mamy w tętniaku tętnicy głównej. Wreszcie co do głównego objawu, zbliżającego oba cierpienia — tętnienia, widzimy różne usadowienie: wysięki tętniące prawie bez wyjątku są lewostronne, gdy tętniaki »najczęściej przekraczają linię środkową ciała ku prawej stronie«; dalej wysięki zajmują zwykle dolną część klatki piersiowej, tętniaki — górną. Ważne wreszcie wskazówki daje osłuchiwanie tętniącego miejsca: w wysiękach nie usłyszymy wcale szmerów, właściwych tętniakom.

Rozstrzygające znaczenie miałoby nakłucie próbne i wydobycie ropy z tętniącego miejsca, — oczywista jednak, że zabiegu tego można dokonać tylko w tym razie, jeśli się już stanowczo wyłączyło istnienie tętniaka. Nie jest mi też znany z piśmiennictwa żaden przypadek nakłucia tętniaka wskutek błędnego rozpoznania ropniaka tętniącego opłucnej.

Jeżeli wysięk ropny dostanie się pod skórę i utworzy tętniący guz na zewnątrz klatki piersiowej, wtedy rozpoznanie staje się łatwiejszem. Prócz wszystkich powyżej wymienionych objawów różniczkowych, uwzględnić musimy też czas powstania guza tętniącego: w ropniaku tętniącym guz występuje nadzwyczaj szybko, — w ciągu kilku dni, przytem tętnienia z początku zwykle nie bywa, zjawia się zaś ono dopiero po kilku dniach. Odwrotnie — w tętniaku tętnicy głównej dla stwierdzenia wyraźnego guza trzeba znacznie dłuższego czasu: miesięcy wymaga sprawa niszcząca tkanki klatki piersiowej, zwłaszcza żebra, żeby tętniak mógł wystąpić na zewnątrz; guz taki wreszcie, gdy już zjawi się, tętni wyraźnie od samego początku.

Ważnym objawem różniczkowym jest też zachowanie się guza przy ucisku, mianowicie wysięki zmniejszają się, wtedy i może się udać nawet zupełne odprowadzenie guza do wnętrza klatki piersiowej; przeciwnie zaś w tętniaku nie da się to zrobić. Nie bez znaczenia są także zmiany guza przy kaszlu i mocnym oddechu: wysięki powiększają wtedy swą objętość, czego zwykle nie spotykamy w tętniakach.

Mimo to wszystko, jak widzieliśmy z przykładów wielokrotnie przytoczonych, wyłączenie tętniaka w rozpoznawaniu różniczkowem tętniącego ropniaka opłucnej nieraz bywa bardzo trudne.

Ciekawe jest inne jeszcze cierpienie, prócz tętniaka, na które należy zwracać uwagę przy rozpoznaniu ropniaka tętniącego.

Na klatce piersiowej można spotykać ropnie tętniące, nic wspólnego nie mające z ropniakiem opłucnej. Mianowicie, zapalenie okostnej żeber doprowadzić może do powstania ropnia, który z jednej strony zachodzi pod powłoki, wypuklając je nazewnątrz, z drugiej oddziela ścienny listek opłucnej. Ropień taki nie ma żadnej łączności z jamą opłucną, może być jednak tak usadowiony, że przenosi się nań wstrząśnienie od uderzenia koniuszkowego serca; wstrząśnienie to udziela się guzowi, leżącemu pod powłokami zewnętrznemi, który przedstawia wtedy tętnienie, zarówno jak i wahania w objętości zupełnie takie same, jak i tętniący ropniak opłucnej. Cierpienie to jest nadzwyczaj rzadkie; z autorów, którzy opracowywali sprawę tętniącego ropniaka opłucnej, wspomina o tych ropniach Dieulafoy, nadmieniając, iż »w piśmiennictwie opisano kilka podobnych przypadków«; powołuje się on przytem na prace Potaina i Peyrota.

O możliwości powstawania ropni przyopłucnych (*abscessus peripleuritici*) wspomina i Hochenegg w swym najnowszym podręczniku chirurgii szczegółowej. Powołuje

się on na spostrzeżenia Wunderlicha, Billrotha, Bartelsa i charakteryzuje je, jako »abszedierende Phlegmonen«, powstające w podopłucnej tkance łącznej pomiędzy opłucną, a ścianą klatki piersiowej. Przyczyny tego swoistego cierpienia, jak wspomina Hochenegg, są często bardzo ciemne. Po stłuczeniach i złamaniach ze stłuczenia spostrzegano ropienie krwiaka przyopłucnowego; w tych przypadkach rzadko tylko można wykazać jakikolwiek stosunek do zapalenia opłucnej lub do pierwotnego cierpienia żeber. Przebicia do opłucnej są rzadkie. Powstały ropień wypukla silnie międzyżebrza, które odwrotnie, niż przy ropniaku zapadają się przy wdechu i podnoszą przy wydechu.

Jak widzimy z powyższego streszczenia odpowiednich ustępów z dzieła Hochenegga, nic on tu nie wspomina o możliwości tętnienia tych ropni przyopłucnych, których pochodzenie przedstawia również nieco odmiennie, niż Dieulafoy.

Od tętniącego ropniaka opłucnej różnią się tętniące ropnie przyopłucne tem, że niema przy nich objawów wysięku opłucnej, jako to rozległego stłumienia, braku drżenia głosowego, przesunięcia serca na prawo i t. d.

W naszym przypadku, wobec tego, że otorbiony ropniak, który powstał w okolicy uszkodzonego żebra, był ograniczony, można byłoby myśleć właśnie o tętniącym ropniu okostnej. Jednakże z powodu wyraźnego przesunięcia serca na prawo i rozległości ropnia ze stłumieniem i zniesieniem drżenia głosowego, pozostaliśmy przy rozpoznaniu tętniącego ropniaka opłucnej, co potwierdził dalszy przebieg, mianowicie głęboko idący otwór wewnętrzny ropnia (po przecięciu), sięgający do jamy opłucnej, oraz stwierdzony zrost osierdzia ze ścianą guza tętniącego.

Po rozpoznaniu ropniaka tętniącego ustalić zawsze należy przyczynę jego, ma to bowiem doniosłe znaczenie zarówno dla rokowania, jak i leczenia.

Obecność jednoczesną odmy opłucnej z tętniącym ropniakiem opłucnej uważać należy w zasadzie za dowód istnienia gruźlicy płuc (Dieulafoy), z wyjątkiem naturalnie przypadków odmy po zabiegu operacyjnym, po urazie głęboko sięgającym lub po samoistnem przebiciu wysięku opłucnej do oskrzeli.

Ważnem jest bakteryologiczne określenie czynnika, wywołującego ropienie, a więc przedewszystkiem rozstrzygnięcie, czy plwocina chorego zawiera prątki gruźlicze, a w razie przeciwnym, jakie inne bakterye są przyczyną ropienia, zwłaszcza czy pneumokoki czy też paciorkowce.

Rokowanie stoi w ścisłym związku z wynikami badania bakteryologicznego, względnie zależy od przyczyny choroby. U osobnika gruźliczego z odmą opłucną lub bez niej — ropniak tętniący opłucnej daje tem niepomyślniejsze rokowanie, iż w takich warunkach zabiegi chirurgiczne mają niewiele widoków powodzenia, a często bywają nawet przeciwwskazane. Pneumokokowe ropniaki dają daleko lepsze rokowanie same przez się, gdyż łatwo ustępują po zabiegu operacyjnym. Natomiast w tej postaci ropniaków daleko częściej zdarzają się ogniska przerzutowe w osierdziu, na wsierdziu, oponach mózgowych i t. d., aniżeli w ropniaku wywołanym przez paciorkowce (Dieulafoy).

Leczenie tętniącego ropniaka opłucnej powinno być takie samo, jak w zwykłem ropnem zapaleniu opłucnej, to jest operacyjne. Czy się tu zastosuje tylko nacięcie klatki piersiowej, czy też i wycięcie żeber, jest to rzecz poszczególnego przypadku, w każdym jednak razie zalecić należy możliwie wczesne operowanie doszczętne we wszystkich przypadkach, w których wogóle ze względu na stan chorego dokonać jeszcze można zabiegu operacyjnego.

Jeśli operacya doszczętna jest przeciwwskazana, czy to wobec rozległej gruźlicy ogólnej i powstałego na tem tle ropniaka opłucnej, czy też wobec znacznego osłabienia chorego i t. d., ograniczyć się można do nakłucia ropniaka i wypuszczenia ropy, powtórzonego w miarę potrzeby z ewentualnem wstrzykiwaniem do jamy opłucnej — odpowiednio do osobistego poglądu operatora — jakich środków odkażających lub przyspieszających wessanie.

Chociaż jednak teoretycznie doradza się zawsze w przypadkach ropniaka opłucnej zabieg operacyjny możliwie rychły, to jednak w praktyce, wobec tętniącego ropniaka opłucnej, zwykle następuje zwłoka, właśnie z powodu obawy, że mimo wszystko okazać się tu może tętniak. Tem się objaśnia, że tętniące ropniaki zazwyczaj późno były operowane i przecinano tylko ropniaki na przebiciu (*empyema necessitatis*); istotę ropniaków tętniących bez guza zewnętrznego stwierdzano zaś dopiero przeważnie na sekcyi.

Co do naszego przypadku, to wobec tego, że ropień był ograniczony, nie mieliśmy wskazania do resekcyi żebra, tembardziej, że po złamaniu odłamki rozeszły się i otwór łączący z jamą opłucnej był dość szeroki. Zwykłe przecięcie ropnia zewnętrznego wystarczyło do jego opróżnienia, późniejsze zaś wydzielanie się cieczy ropiastej trwało 4 miesiące, aż wreszcie przetoka zasklepiła się i chorego uważać można było za wyleczonego z tej choroby.

Z następstw powstały u niego zrosty osierdzia z opłucną, (co dawało się jednak stwierdzić tylko przez pierwsze 3 miesiące), oraz znaczna bolesność w okolicy złamanego żebra, które nie zrosło się, tak że oba jego odłamki można było wyczuć do końca obserwacyi. Badanie to stale było bolesne i chory nawet w chwili opuszczania zakładu, t. j. w 9 miesięcy po chorobie nie mógł jeszcze z tego powodu sypiać na lewym boku.

Przypuszczać jednak, że pozostałości te będą miały dalsze jakie następstwa, nie mamy na razie żadnego powodu.

Tak tedy uważać możemy, że w naszym przypadku tętniący ropniak opłucnej zakończył się względnem wyzdrowieniem.

Ze spostrzeganego przez nas przypadku tętniącego ropniaka opłucnej, po uwzględnieniu całego piśmiennictwa, odnoszącego się do tej sprawy, wysnuć możemy następujące wnioski praktyczne:

1. Tętniące wysięki opłucnej należą do bardzo wielkich rzadkości klinicznych.

2. Wysięk w tych przypadkach bywa ropny i lewostronny. Wyjątki są niezmiernie rzadkie.

3. Najczęstszą postacią tętniącego ropniaka opłucnej jest guz zewnętrzny (*Empyema necessitatis s. perforans*).

4. Wbrew zdaniu, spotykanemu u większości autorów, obfitość wysięku opłucnego nie jest koniecznym warunkiem do powstania ropniaka tętniącego, gdyż tętnienie może wystąpić i przy ograniczonym wysięku otorbionym.

5. Do opisanych dotąd etyologicznych czynników, mogących wywołać ropniaki tętniące, należy włączyć złamanie żebra.

6. Patogeneza tętniącego ropniaka opłucnej nie jest dotychczas ustalona; do najważniejszych jednak warunków zdaje się należeć znaczne napięcie wysięku ropnego w lewej jamie opłucnej z bezpośrednim uciskiem na serce i przesunięciem jego na prawo.

7. W rozpoznaniu różniczkowem tętniącego ropniaka opłucnej wyłączyć należy tętniaka tętnicy głównej i ropnie tętniące klatki piersiowej.

8. Leczenie tętniącego ropniaka opłucnej jest operacyjne.

Piśmiennictwo. 1. Aran. Société méd. des hôpitaux de Paris 9. VI. 1858 t. IV., s. 91 (przyt. według Dieulafoy). — 2. Bérard. Du diagnostic dans les maladies chirurgicales, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs. Paris 1836, p. 179 (według Dieulafoy). — 3. Biegański W. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych wyd. II. 1896, s. 195. — 4. Bouveret. Traité de l'empyème 1888, s. 571 (według Dieulafoy). — 5. Comby. De l'empyème pulsatile. Thèse de Paris 1881 (według Dieulafoy). — 6. Comby. Arch. génér. de médécine IV. 1889 (według Dieulafoy). — 7. Comby. L'empyème pulsatile. Bibliothèque médicale 1895 (według Dieulafoy). — 8. Dieulafoy G. Manuel de pathologie interne X. édition 1897. Rosyjskie tłom. 1899 t. I., s. 320—321. — 9. Dieulafoy G. Clinique médicale de l'Hôtel de Paris 1897—1898. Paris 1899. Ros. tłom. 1900, s. 81—102. — 10. Dunin. Gazeta lekarska 1878 XXIV., s. 352. — 11. Eichhorst H. Lehrbuch der spez. Pathologie u. Therapie V. wyd. — Ros. tłom. 1897 I. t. s. 675 i 676. — 12. Féréol. Soc. médic. des hôpitaux 1883. Contribution à l'histoire des pleurésies pulsatiles (według Dieulafoy). — 13. Fraentzel. Ziemssen's Handb. der spez. Pathol. u. Ther. T. IV. c. II. według Dunina). — 14. Haeser H. Historya medycyny — pol. tłom. Prof. Łuczkiewicza 1886 r. — 15. Hochenegg J. Lehrbuch der speziellen Chirurgie t. I. 1907, s. 668 i 716. — 16. Jaworski W. Nauka o chorobach wewnętrznych 1904 t. II. z. 2., s. 247 (L. Korczyński). — 17. Keppler. Ueber pleuritis pulsans. Deutsches Archiv f. klin. Medicin 1887 (według Biegańskiego). — 18. Lépine. La province médicale 1896, s. 95 (według Dieulafoy). — 19. Livierato. Gaz. degli Osped. 1906 XXVII. 144 (według Schmidt's Jahrb. f. die ges. Medic. 1907 B. 295, s. 181). — 20. Mahl J. Przegląd lek. 1883 XXII., s. 291. — 21. Osler-Hoke. Handbuch der internen Medizin 1909, s. 458. — 22. Pagel. Biograph. Lexicon hervorragender Aerzte des XIX. Jahrhunderts 1901. — 23. Peyrot. Congrès franç. de chirurgie 20. X. 1907 (według Dieulafoy). — 24. Piussan. Journ. de médéc. de Bordeaux 22. VIII. 1892 (według Dieulafoy). — 25. Potain. Médécine moderne 29. XI. 1893 (według Dieulafoy). — 26. Schwalbe D. J. Grundriss der spez. Path. u. Therapie 2. Auflage. Ros. tłom. 1902, s. 243. — 27. Sokołowski A. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych t. III., s. 1906, s. 116—117. — 28. Walshe. Physical diagnosis of diseases of the lungs 1843. — 29. Wintrich. Virchow's Handb. d. spez. Pathol. u. Ther. t. IV. c. II (według Dunina).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Doc. Schade: **W sprawie tworzenia się złogów moczowych.** (*Münch. med. Wochft* Nr 1—2 1909). W pracy swej zajmuje się S. sprawą tworzenia się złogów i kamieni moczowych. Dotąd panuje mniemanie, że kamienie moczowe tworzą się wskutek wypadania soli z rozczynu wodnego, jakim jest mocz. Tymczasem wiemy, że kamienie nie są poprostu konglomeratem kryształów, ale mają właściwą sobie budowę, wspierającą się na organicznem rusztowaniu. Wypadnięcie soli z rozczynu nie może więc samo być przyczyną spółśrodkowej i warstwowej, nieraz bardzo złożonej, budowy kamienia. Moczu nie można uważać za prosty wodny rozczyn soli, bo zawiera on prócz soli także substancye koloidalne (urochrom, białko, śluz i t. p.), które sprawiają, że rozczyn moczu może być różnie wysycony, t. j. że może zawierać różne ilości soli od najmniejszych aż do tych ilości, które w takiej samej ilości czystej wody w żaden sposób z powodu nasycenia jużby rozpuścić się nie mogły. Sole są wtedy w moczu zawieszone niejako w tych substancyach koloidalnych. Jeżeli ze zwykłego rozczynu wodnego wysyconego wypadną kryształy, w takim razie mogą one każdej chwili znowu uledz rozpuszczeniu, jeżeli dodamy do nich rozczynu nienasyconego. Tymczasem utworzone już kamienie, pomimo tego, że nieraz mają zupełnie odpowiednie warunki rozpuszczania się, nietylko, że nie znikają, ale nawet powiększają się jeszcze. Przyczyną tego są właśnie substancye koloidalne, stanowiące zrąb kamieni, a mianowicie te, które przy wypadaniu zmieniają się w ciała nierozpuszczalne. W prawidłowym moczu nie ma ich, natomiast w warunkach chorobowych zjawiają się, i one właśnie wywołują tworzenie się kamieni. Należy tu przedewszystkiem włóknik. Doświadczalnie udało się S. otrzymać z moczu zapomocą włóknika twory, przypominające zupełnie kamienie moczowe naturalne. Zawartość włóknika może być przytem bardzo mała, bo nawet tylko 0,07—0,1%. Usposabia i przyspiesza tworzenie się złogów odpowiednia ciepłota i ciśnienie (np. nagromadzanie się stałe moczu w pęcherzu). Powierzchnia sztucznych kamieni jest gładka lub chropowata, zależnie od warunków, w których się te kamienie tworzą. Warstwową budowę kamieni wywołuje właśnie włóknik, który jak wiadomo ma skłonność do warstwowego układania się (złogi włóknika w jamie opłucnej, otrzewnej, w skrzepach i t. p.). Zapewne i prócz włóknika muszą jeszcze inne substancye mieć podobne własności. Powszechnie panuje mniemanie, że ciało obce w pęcherzu może stać się przyczyną wytworzenia kamienia. Nie jest to zupełnie ścisłe. Jeżeli braknie odpowiednich warunków do wytworzenia się kamienia koło ciała obcego utworzyć się mogą co najwyżej inkrustacye; ciało obce o tyle przyczyniać się może do wytworzenia się kamienia, że drażniąc pęcherz, wywołuje sprawę zapalną, a ta dopiero dostarcza materyału do zrębu kamienia. Te dane może wpłyną na udoskonalenie naszych sposobów leczenia kamicy moczowej. Dotychczasowe sposoby dążą tylko do rozpuszczania złogów, co, jak z powyższych danych wynika, jest zupełnie bezcelowe. Nasze działanie zapobiegawcze i lecznicze powinno obecnie dążyć nietylko do rozpuszczania wypadniętych soli, ale, co główniejsza, do zapobiegania wypadaniu głównych sprawców kamieni, t. j. substancyi koloidalnych, co wcale nie jest rzeczą niemożliwą, jak o tem świadczą między innemi doświadczenia K. Spiro nad wpływem pewnych ciał na zdolność krzepnięcia białka. *K.*

Bergel: **Rozkładający tłuszcz zaczyn w limfocytach.** (*Münch. med. Wochft* Nr 2, 1909). Podczas trawienia zwiększa się, jak wiadomo, liczba ciałek białych i to, jak dowiodły badania Pohla, Buriana i t. p., zwiększa się podczas dyety białkowej liczba ciałek wielojądrzastych, a podczas dyety węglowodanowej i tłuszczowej liczba limfocytów. Müller i Jochman stwierdzili, że w ciałkach wielojądrzastych znajduje się zaczyn, trawiący białko, należy więc przypuścić, że w limfocytach znajduje się zaczyn trawiący tłuszcz. Chcąc się o tem rozkładającem tłuszcz działaniu limfocytów przekonać, robił B. próby, zalewając pożywki z tłuszczami ropą gruźliczą, wysiękiem powstałym po wstrzyknięciu podskórnem tuberkuliny, miazgą ze śledziony, gruczołów limfatycznych i t. p. Z tłuszczów używał B. stearyny, palmityny, tłuszczu masła, oleju kostnego, migdałowego, oliwy, lecytyny i t. p. Trawienie okazało się najwyraźniejszem na wosku, oleju kostnym i maśle i to już po kilku godzinach. Podobne wyżarcia pożywki ukazały się po użyciu krwi z białaczki limfatycznej. Natomiast ropa »gorąca« (zawierająca ciałka wielojądrzaste) nie okazywała zaczynu, rozkładającego tłuszcz. W rureczkach włosowatych, napełnionych woskiem, włożonych pod skórę lub do jamy otrzewnej królików i świnek morskich, w 24—48 godzin stwierdzano znikanie wosku a występowanie obfite limfocytów i igiełek kwasów tłuszczowych. Może być, że tę własność limfocytów uda się nam w przyszłości wyzyskać w celach leczniczych. *K.*

Szirokogorow. **W sprawie czynności fagocytarnej nadnercza.** (*Wraczebn. Gaz.* 1908, Nr 44). Autor z polecenia Miecznikowa wykonał cały szereg doświadczeń, mających na celu sprawdzenie myśli, rzuconej przez Schaudinna o roli nadnercza w fagocytozie. Autor wstrzykiwał królikom i świnkom morskim hodowle rozmaitych mikrobów, a potem badał mikroskopowo nadnercze. Wyniki tych badań są następujące. 1) Po wprowadzeniu do krwi bakteryi można je znaleźć w wielkiej ilości w nadnerczu bądźto leżące swobodnie, bądź też pochwycone przez mikrofagi i makrofagi. W nabłonku gruczołowym

nigdy nie można było wykazać bakteryi. 2) Wobec tego nie można przyznawać nadnerczu roli narządu fagocytarnego.

Dr L. Mańkowski.

Claude i Schmiergeld. **Stan gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu w padaczce.** (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 1908, Nr 25, 26, 27). Fizyologia patologiczna padaczki jest dotychczas sprawą dość ciemną. Jednakowoż wszyscy klinicyści zgadzają się na to, że rozmaitego rodzaju zatrucia mogą wywoływać napady padaczki lub zwiększać ich częstość. Ponieważ doświadczenia dowiodły, że zwiększona działalność gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem wywiera działanie trujące na ustrój, więc zamiarem autorów było zbadać, jakie zmiany istnieją w padaczce w owych tak zwanych gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu. Materyał poczerpnęli autorowie z sekcyi 17 kobiet, dotkniętych padaczką. Do porównania służyły gruczoły osobników, zmarłych na inne choroby nerwowe. Gruczoł tarczowy makroskopowo miał mniejszą, niż zwykle, objętość i wagę, przy nierównomiernym rozwoju płatów. Co się tyczy zmian mikroskopowych, to zauważono: zmniejszenie się ilości koloidu, zwyrodnienie nabłonka, bujanie tkanki łącznej; nie było zaś objawów zapalenia ostrego. Wogóle zmiany, znalezione w tarczycy, wskazują zdaniem autorów na dystyreoidyę, jeżeli nie na hypotyreoidyę. Gruczoły przytarczyczne przedstawiały się bardzo rozmaicie: niektóre były bardzo zmienione, inne zupełnie prawidłowe i to u jednego i tego samego osobnika. W gruczołach zmienionych można było zauważyć martwicę, wybroczyny, zwyrodnienie włókniste i zanik. Przysadka mózgowa w większości przypadków była przerosła (gruczoł ważył więcej, niż prawidłowy o 0,60). Histologicznie stwierdzano zwyrodnienie włókniste. Nadnercza okazywały zmiany, które w jednych przypadkach wskazywały na zwiększoną czynność gruczołu, w drugich zaś odwrotnie — na zmniejszenie się czynności. W jajnikach kobiet zmarłych przed okresem przekwitania było uderzająco mało mieszków Graafa w okresie rozwoju, bardzo mało było też ciałek żółtych; unaczynienie słabe. Autorowie mniemają, że wyżej opisane zmiany w gruczołach możnaby postawić w pewnym przyczynowym związku z zaburzeniami czynnościowemi w padaczce.

Dr L. Mańkowski.

Medycyna wewnętrzna.

John i Valhard: **Leczenie tuberkuliną w praktyce.** (*Münch. med. Wochft* Nr 47, 1908). W czasie tego leczenia trzeba prócz odczynu gorączkowego nadzorować odczyn ogniska chorobowego w płucu (wzmożenie się ilości rzężeń, zwiększenie kaszlu), odczyn miejscowy na skórze, oraz niejednokrotnie występujący odczyn ogólny. Już z tego wynika, że ani co do dawkowania, ani co do odstępów, w jakich wstrzykiwać należy, ogólnych reguł podać nie można, w każdym razie załączona przez autora tabela daje o tych sprawach ogólne pojęcie. W tych przypadkach, w których niewątpliwie trzeba z góry źle rokować (szybkie bardzo tętno nawet przy niewielkiej gorączce) przy gruźlicy płucnej, powikłanej gruźlicą innych narządów, najlepiej od wstrzykiwań odstąpić. Wysokość natomiast gorączki nie stanowi przeciwwskazania, przeciwnie tuberkulina okazuje się nieraz jedynym sposobem zwalczenia gorączki. W rachubę wchodzą tu oczywiście różne przetwory. Nowa tuberkulina ma jednak tę wyższość nad starą (Kocha, Beranecka, Denysa), że nawet u wysoko gorączkujących chorych ze skutkiem stosowana być może.

Dr M. Godlewski.

Mayer. **O odporności bakteryi typu paratyfus B. w wysuszonych odchodach ludzkich.** (*Münch. med. Wochft* Nr 43, 1908). Z doświadczeń autora wynika, że bakterye paratyfusu mogą w stanie wysuszonym zachowywać żywotność przez $1^1/_2$ roku, natomiast prątki durowe w tych samych warunkach giną już po 3 miesiącach. Okoliczność ta tłómaczy fakty niezwykle długiego nieraz trwania jednej epidemii paratyfusu.

Dr M. Godlewski.

Stäubli: **Przyczynek do wykrycia pasorzytów we krwi** (*Münch. med. Wochft* Nr 50, 1908). Przeszkodę, którą w tego rodzaju badaniach stanowią liczne ciałka czerwone, usunąć można wedle autora przez rozcieńczenie przynajmniej dziesięciokrotne krwi w rurce włoskowatej (poprzednio wymytej roztworem 3% kw. octowego), zapomocą 3% roztworu kwasu octowego. Po odcentryfugowaniu znajdą się w osadzie, prócz jąder ciałek białych, ewentualnie we krwi krążące bakterye.

Dr M. Godlewski.

1) Teissier i Tanon. **Ciśnienie krwi w płonicy u osób dorosłych.** (*Journ. de phys. et path. génér.* 1908, Nr 3). 2) Nobecourt i Tixier. **Ciśnienie krwi w płonicy u dzieci** (*ibidem*). Autorowie podają szczegółowo opis 35 spostrzeżeń, w których ciśnienie krwi mierzono na tętnicy promieniowej zapomocą sfigmomanometru Potaina. Ze spostrzeżeń tych wynika, że u osób dorosłych w płonicy, jak i w innych chorobach zakaźnych, ciśnienie krwi obniża się. W każdym razie wpływ obniżający płonicy jest daleko mniejszy, niż duru brzusznego. Obniżenie to spostrzega się bardzo wcześnie już w czasie wysypki. Dyeta (zwykła, bezsolna, mleczna), jak się zdaje, niema wpływu na zmianę ciśnienia. W postaciach prawidłowych i lekkich płonicy stopień spadku ciśnienia nie jest w związku przyczynowym z podniesieniem się ciepłoty i przyspieszeniem tętna. W postaciach ciężkich, gdzie spadek ciśnienia jest daleko silniej zaznaczony, wzrasta on z podniesieniem się ciepłoty i przyspieszeniem tętna. Spadek ciśnienia utrzymuje się rozmaicie długo, od dni 6 do 40. Wszelkie powikłania płonicy nie wywierają, jak się zdaje, żadnego wpływu na ciśnienie. Zdarza się to tylko rzadko w przypadkach późnego zapalenia nerek z wielką ilością białka. Autorowie sądzą, że spadek ciśnienia ma takież same znaczenie objawowe i przepowiednie (prognostyczne), jak i przyspieszenie tętna i wysokość gorączki. Jednakowoż wielki i nagły spadek ciśnienia rokuje źle.

Badania Nobécourta i Tixiera, robione u dzieci w wieku od 2—16 lat, potwierdzają wyniki poprzednich autorów i poniekąd pogłębiają je. Wszystkich spostrzeżeń zebrali N. i T. 33, w tej liczbie w 30 przypadkach, poczynając już od 1—3 dnia choroby. Z tych 30 przypadkach u 15 dzieci ciśnienie krwi było na 8. dzień choroby obniżone w stosunku do ciśnienia w początku choroby; u 11 dzieci ciśnienie zostało bez zmiany, u 4 było wyższe. W 2-gim tygodniu choroby ciśnienie krwi w pierwszej grupie jeszcze więcej spadło; spadło też u 7 dzieci z grupy drugiej i u jednego dziecka z grupy trzeciej. Tym sposobem w ciągu pierwszych 16 dni choroby spadek ciśnienia zauważono u 23 dzieci z 30. W 3-cim tygodniu choroby ciśnienia krwi niższe, niż w początkach choroby, zauważono tylko u jednego dziecka; u 8 było takie same; u 18 wyższe. Dyeta, o ile można było zauważyć, nie wywierała żadnego wpływu na ciśnienie. Autorowie wysnuwają z tego wszystkiego wniosek, że w pewnej ilości przypadków płonica w początku choroby wywołuje podwyższenie ciśnienia, ale już poczynając od 2-go tygodnia, wpływ ten znika. Wobec tego więc podwyższenie ciśnienia przy popłonicznem zapaleniu nerek należy przypisywać temu powikłaniu, ale nie samej płonicy.

Dr L. Mańkowski.

Friedjung: **O częstości i czynnikach wywołujących zmazy u człowieka zdrowego.** (*Münch. med. Wochft* Nr 51, 1908). Obawa częstych zmaz (polucyi) jest, zdaniem autora, przesadzona. Nie odpowiada też istocie rzeczy przypuszczenie, że polucye tylko wtedy nie są szkodliwe, jeżeli występują nie częściej, niż co 3 lub 2 tygodnie. Nawet znacznie częstsze ich występowanie przechodzi bez szkody. O wpływach, które zwiększają lub zmniejszają ich częstość, nie wiemy prawie nic.

Dr M. Godlewski.

Ehret: **W sprawie starczego znieczulenia.** (*Münch. med. Wochft* Nr 51, 1908). Znieczulenie to przypomina znieczulenia w przebiegu nerwic. Zależy ono od starczych zmian tak w układzie nerwowym ośrodkowym i obwodowym, jakoteż od zmian w skórze. Starcze zmiany w naczyniach nie pozostają tu też prawdopodobnie bez wpływu.

Dr M. Godlewski.

Pedyatrya.

Czerny: **O skazie wysiękowej.** (*Monatsschrift f. Kinderh.*, T. V, Nr 5, 1908).

W niniejszej pracy autor zwraca uwagę na stosunek między psycho- i neuropatyą, a skazą wysiękową. Przedewszystkiem daje się stwierdzić, że dzieci nerwowych rodziców rzadko kiedy są wolne od objawów skazy wysiękowej. Następnie częstokroć już u niemowląt z objawami omawianej choroby występują również objawy ze strony układu nerwowego. Tak np. u niektórych dzieci z ogniopiórem, lub ognikiem *(strophulus)* występuje nadzwyczaj silne swędzenie, u innych zaś daje się stwierdzić prawie zupełny brak tego objawu. U pierwszych jednocześnie występują i inne objawy ze strony układu nerwowego, jak: nadmierna bojaźliwość, bezsenność i t. d. O związku pewnych objawów skazy wysiękowej z podrażnieniem określonych splotów nerwowych świadczy dalej fakt, że niektóre objawy, jak wyprysk, ustępują wtedy dopiero, kiedy uda się nam zmienić warunki życia dziecka (wyjazd na letnie mieszkanie, pobyt w sanatoryum morskiem); inne zaś objawy występują pod wpływem psychi-

cznych wzburzeń, lub podrażnień określonych splotów nerwowych; wiadomo n. p., że ognik u niektórych dzieci powstaje po spożyciu jaj, u innych możemy umyślnie wywołać zjawienie się tego objawu przez włożenie trykotów, lub koszuli wełnianej.

Co do pozostałych objawów, nie posiadamy podobnych ścisłych spostrzeżeń, świadczących o związku tych objawów z układem nerwowym, jednak i tutaj niejednokrotnie daje się stwierdzić ten związek; wzmożone pocenie się tych dzieci występuje często po wzburzeniu psychicznem; w powstawaniu objawów ze strony nosa, gardła, neuro- i psychopatya gra również pewną rolę, o czem świadczy fakt, że u niektórych nerwowych dzieci przekrwienie i obrzęk błony śluzowej nosa występuje po wzburzeniu, wywołanem gniewem, strachem, rozczarowaniem itd. Stwierdzenie związku między objawami skazy wysiękowej a układem nerwowym ma wielkie znaczenie przy leczeniu omawianego cierpienia, gdyż tylko wtedy możemy spodziewać się pomyślnego wyniku leczenia, jeżeli będziemy leczyli nietylko skazę wysiękową, lecz również zazwyczaj występującą jednocześnie z nią psycho- i neuropatyę. *Wl. Schoenaich.*

H. Kowarski: **O krzywicy** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Ergänzungsheft*, 1908).

Autor opiera swoje poglądy na materyale ambulatoryjnym w szpitalu św. Jakóba w Wilnie. Przez okres dwuletni z 3681 dzieci do lat 15 u 1000 zanotowano krzywicę, czyli w 27%; u chrześcian w 25%, u żydów w 31% przypadków. Najczęściej występowała krzywica u dzieci od 6 miesięcy do 2 lat. Od marca do sierpnia spostrzegano nieco więcej przypadków krzywicy, niż w miesiącach zimowych; najwięcej ciężkich przypadków było w kwietniu i maju. W 71% wszystkich przypadków krzywicy stwierdzono niehigieniczne mieszkania (wilgotne i ciemne); 76% dzieci było karmionych piersią lub karmionych pożywieniem mieszanem. Z objawów krzywicy najczęściej występował różaniec (90%), zwiększenie czaszki (28%) i spóźnione zarośnięcie ciemiączka (25%); powiększenie śledziony (9·7%), poty (33%). Do objawów nerwowych krzywicy zalicza autor i kurcz głośni i drgawki, zwraca również uwagę na objaw, nie opisywany dotąd, — bolesność przed oddawaniem moczu (*dysuria spastica*), spotykaną w 0,5% przypadków. W leczeniu krzywicy zaleca autor fosfor z tranem; przetworów grasicy i nadnercza nie stosował. Spermina nie dała dodatnich wyników. *Dr Mogilnicki.*

Gamaleja. **O drobnoustroju płonicy.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 40). W 25 przypadkach płonicy stwierdził autor istnienie drobnoustroju, któremu nadał miano »Lynanthozoon scarlatinae«. Drobnoustrój należy do pasorzytów zwierzęcych i ma zdolność tworzenia kolonii. Klasyczną postać drobnoustroju przedstawia »Myosotis«, pośrodku kulka, otoczona ściśle geometrycznem kołem z 5 kulek. Stałość i prawidłowość wyżej opisanej postaci zdaje się zależeć od grubej torebki, otaczającej wszystkie 6 kulek. Pasorzyta spotyka się w skórze, w gardle i w narządach wewnętrznych. Na preparatach drobnowidowych spotyka się pasorzyta zarówno leżącego swobodnie, jakoteż w wielojądrzastych ciałkach białych. *M. Michałowicz.*

L. Kuttner. **O częstości wrzodu dwunastnicy u dzieci do lat 10.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 45). Autor uważa za mylne powszechnie przyjęte zdanie, że wrzód dwunastnicy jest chorobą bardzo rzadką. Świeżo ogłoszone statystyki 4 amerykańskich i angielskich autorów podają liczbę operowanych przez nich osobiście przypadków na 398. Statystyka zakładu patologicznego w Kiel wykazuje, że wrzód dwunastnicy spotyka się w 0,44% badań pośmiertnych. Statystyka Collina z 1894 r. obejmuje 279 przypadków, z tych 42 przypadki przypada na dzieci, z których 17 na dzieci w pierwszym roku życia. Sam autor podaje historyę choroby i wyniki badania pośmiertnego dwojga dzieci: 1-miesięcznego i 4-letniego dziecka. Przyczyny cierpienia są u osesków różne, najczęstszą przyczyną bywa zakrzep żyły pępkowej, nadmierna kwaśność soku żołądkowego, prątek okrężnicy.— Obecny podczas dyskusyi Finkelstein zwraca uwagę na nader częsty związek wrzodu dwunastnicy z zanikiem ogólnym dziecięcym; zdaniem jego wrzód stoi w związku z zanikiem i ze zmniejszeniem się odporności nabłonka jelit. *M. Michałowicz.*

T. Glaser. **Grzybek strzygący** (*trichophytie*) **głowy u dzieci.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 45). Opis paru przypadków rzadkiej w Niemczech choroby grzybka strzygącego. *M. Michałowicz.*

L. Huismans. **Dwa przypadki śmierci wskutek ucisku narządów sąsiednich przez grasicę.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 45) Że śmierć została w danych przypadkach wywołana mechanicznym uciskiem przez grasicę, świadczą zdaniem autora niezwykle wielka grasica, obrzęk mózgu, wskazujący na ucisk górnej żyły głównej (v. cav. s.), niezwykłe skrzepy w lewym przedsionku i lewej komorze i silny obrzęk płuc, świadczący o zastoju w żyłach płucnych. *M. Michałowicz.*

F. Schleissner. **W sprawie wiązania komplementów przy płonicy.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 40). Autor dokonał 20 badań u dzieci chorych na płonicę; we wszystkich przypadkach rozpuszczanie się krwinek czerwonych wypadło dodatnio. Dokonane jednocześnie badania Jochmanna, Töpfera, Boasa i Hanga dały wszystkie ten sam wynik. Wstrzymanie rozpuszczania się krwinek czerwonych zależy tylko od złego odczynnika. Płonica nie daje odczynu Wassermanna. *M. Michałowicz.*

Otto Aronade i Albert Fuchs. **Wpływ przekrwienia biernego na miejscowy odczyn tuberkulinowy.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 50). Dokonane w 90 przypadkach badania stwierdziły, że przekrwienie, wywołane zastosowaniem opaski gumowej lub bańki, pociąga za sobą przekrwienie wyraźne nakłuć igłą Pirqueta, o ile one dały poprzednio dodatni odczyn tuberkulinowy. Nakłucia kontrolujące w powyższych przypadkach nie wykazały przekrwienia. Takiż sam wynik dały badania nad przekrwieniem miejsc, gdzie poprzednio wcierana była maść tuberkulinowa Moro. *M. Michałowicz.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXIV. Posiedzenie naukowe w d. 18. grudnia 1908.

Przewodniczący poświęca kilka gorących słów pamięci ś. p. kol. Barzyckiego i Badera. Następuje wybór członków komisyi-matki. Dr Ziembicki W. z ramienia komisyi bojkotowej przedstawia mikroskop franc. firmy Verick (obecnie Stiassny) i polarymetr Friča z Pragi.

I. Dr Wyhowski *a)* przedstawia **próbę fenolftaleinową.** Polega ona na dodaniu do wodnoalkoholowego dowolnego roztczynu fenolftaleiny kroplami 5% ługu sodowego, poczem występuje zabarwienie fioletowe z odcieniem purpurowym. W. przedstawia ten odczyn w moczu chorego po zażyciu 4 tabletek purgenu. Fakt ten świadczy o wessaniu się tego składnika w przewodzie pokarmowym. W dyskusyi Dr Ziembicki W. podaje, że zauważył objawy zatrucia w jednym przypadku po zażyciu dużej ilości purgenu. *b)* Dr Wyhowski mówi: **O znaczeniu nitroprusydkowego odczynu Arnolda.**

II. Dr Ziembicki W. mówi **o ilościowem oznaczaniu białka** w moczu i innych płynach, w szczególności o nowym odczynniku, jaki do tego celu podał Tsuchiya. Odczynnik ten nadaje się bardzo do codziennego użytku. — W dyskusyi przemawiali: Dr Hornowski i prym. Pisek.

III. Prof. Wiczkowski: **Polyserositis** (na podstawie 35 przypadków, spostrzeganych na oddziale wewn. II. szpitala powsz. we Lwowie). W. stara się wykazać w swej pracy, że *polyserositis serosa* występuje na tle gruźliczem i że ze względu na znamienne cechy zasługuje na osobny poddział w dziale gruźlicy. W wywodach swych oparł się W. na 4 przypadkach sekcyjnych i 30 klinicznie spostrzeganych, nadto przedstawia jedną chorą. Omawia krytycznie ogólny obraz choroby, a więc dane wywiadowe, objawy ogólne i szczegółowe, podstawy rozpoznania, opierające się także na badaniach chemiczno-mikroskopowych i bakteryologicznych, podaje rozpoznanie różniczkowe, sposób leczenia i roztrząsa istotę choroby. W. stara się dowieść, że w tej chorobie jest wyłącznie zajęty tylko narząd chłonny, a więc błony surowicze i gruczoły, że choroba tylko tym szlakiem prowadzi dzieło zniszczenia, oszczędzając do końca życia główne etapy prątka gruźliczego, t. j. narząd oddechowy i pokarmowy. W. uważa przeto zapalenie błon surowiczych za skutek działania nie prątków, ale ich endotoksyn.

Dyskusya: Prof. Gluziński zaznacza, że dziś już ogólnie zgadzamy się na tło gruźlicze tej sprawy: nowa myśl, tu poruszona, to wrota wtargnięcia sprawy G. podnosi młody wiek i częstsze występowanie sprawy tej u kobiet, gdzie bramą wejścia niejednokrotnie może być narząd płciowy. Końcowe objawy nie muszą być takie, jak je przedstawia prelegent. Jedni chorzy zgłaszają się ze zwężeniem jelit, inni z marskością wątroby, nie-

domogą serca i t. p. Ze prelegent w płynach badanych nie znajdował prątków, to niczego nie dowodzi. W końcu zauważa G., że nie wszystkie przedstawione przypadki uważałby za sprawy pochodzenia gruźliczego i wspomina wreszcie o leczeniu. — Dr Stauber wspomina o pokrewieństwie tej sprawy z zołzami, sprawy, którą Czerny nazywa *diathesis exsudativa*. — Prof. Raczyński uważa ją za dziecięcą postać gruźlicy u dorosłych. Skazę wysiękową (*diathesis exsudat.*) uważa za sprawę inną. Co do toksyn gruźliczych, to R. nie porównywałby ich z jadem błoniczym, jak to czyni prelegent. — Dr Ziembicki W. zgadza się z Prof. Gl., że nie należy operować zapaleń otrzewnej w tej sprawie u gorączkujących. Co do inoskopii, to przekonał się kilkakrotnie, że nie jest ona sposobem bardzo pewnym. — Dr Nowicki zaznacza, że *polyserositis* i jej tło już oddawna znane są anatomowi. Gdy w początkowych okresach rzeczywiście niejednokrotnie wykazanie zmian gruźliczych jest bardzo trudne, to w okresach dalszych już bardzo często się je stwierdza. Sprawa przypomina w wysokim stopniu gruźlicę dziecięcą. Zajęcie narządu płciowego przy zajęciu otrzewnej przy *polyserositis* spotykamy nierzadko. — Dr Hornowski co do inoskopii nie może się zgodzić z poprzednimi mowcami. Metoda ta daje bardzo dokładne wyniki, musi być tylko dokładnie wykonana.

Nowicki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 17. listopada 1908 r.

1) Anastazy Landau wygłosił rzecz, napisaną przez siebie i Tadeusza Wilczyńskiego pod tytułem: **Badania doświadczalne nad powstawaniem obrzęków w zapaleniu nerek.** Autorzy przeprowadzili szereg doświadczeń na królikach, u których zapomocą podskórnych wstrzykiwań azotanu uranu wywoływali ostre zapalenie nerek z obrzękami; zwierzętom jednocześnie wlewano do żołądka rozczyny soli kuchennej, mocznika, fosforanu sodu, oraz czystą wodę. Wytyczne punkty poszukiwań, przeprowadzonych przez autorów, streścić się dają w następujący sposób: 1) Czy dodanie do wlewanej zwierzętom wody krystaloidów wpływa na natężenie obrzęków, a zwłaszcza, jakie jest pod tym względem działanie soli kuchennej i mocznika? 2) Czy narządy mogą nagromadzić w sobie pewien nadmiar chloru bez wody i jaki jest ewentualnie zakres owej historetencyi? 3) Czy między wydzielaniem, resp. zatrzymywaniem się wody i soli kuchennej zachodzi jakaś równoległość? Z badań autorów wynika przedewszystkiem, że wprowadzanie nadmiernych ilości soli kuchennej w zapaleniu nerek jest czynnikiem bezwarunkowo szkodliwym, albowiem chlorek sodu niedomogę nerek powiększa i stopień obrzęków potęguje. Zatrzymanie soli kuchennej w ustroju nie jest jednak w mechanizmie powstawania obrzęków warunkiem niezbędnym, gdyż obrzęki występowały również u królików, u których stosowano czystą wodę, przy minimalnym dowozie Cl z pokarmami (najwyżej 0,3 NaCl na dobę). Dalej stwierdzili autorzy, iż powiększonej ilości NaCl w narządach towarzyszy stale wzmożona ilość wody, resp. limfy, wskutek czego L. i W. odrzucają teoryę o zatrzymywaniu się suchego chloru w narządach, czyli t. zw. historetencyę w ścisłem tego słowa znaczeniu, i twierdzą, iż nadmiar soli kuchennej w narządach daje się wytłómaczyć ich obrzękiem. Wydzielanie, resp. zatrzymywanie NaCl i wody są to, zdaniem L. i W., sprawy od siebie w znacznym stopniu niezależne, gdyż w doświadczeniach autorów zawartość NaCl w krwi i sokach ulegała wybitnym wahaniom, zależnie od jego dowozu.

Halpern sądzi, że wyniki badań autorów nie są dosyć przekonywające i nie dadzą się bezpośrednio przenieść na patologię ludzką. Autorzy twierdzą, że zatrzymywanie wody odgrywa w powstawaniu obrzęków pierwotną rolę, a zatrzymanie chlorków wtórną; jednakże niektóre fakty kliniczne niewątpliwie przemawiają za czynną rolą zatrzymania chlorków. Do takich faktów zaliczyć przedewszystkiem należy znane badania Widala, który, dodając sól kuchenną do niezmienionej dyety, zdołał dowolnie parokrotnie wywoływać obrzęki u chorych na nerki i przeciwnie usuwać je przez wyłączenie soli z dyety. Liczne badania rozmaitych autorów, jakoteż własne badania Halperna wykazują prawie stale prawidłową ilość chlorków we krwi chorych na nerki. Dane, zebrane przez klinikę, zdaje się, przemawiają za istnieniem historetencyi soli kuchennej. Gdyby istotnie sól kuchenna zatrzymywała się w ustroju jedynie w postaci płynu obrzękowego, to chorzy, tracąc nadmiar zatrzymanych chlorków w okresie dechloruracyi, powinniby tracić jej tyle, aby ostatecznie ujawniła się utrata płynu w zawartości soli kuchennej 0·6—0,8% (tyle bowiem soli zawierają przeważnie płyny obrzękowe). W miarę utraty wody zauważamy w tych razach utratę na wadze: z chwilą ustalenia się wagi ciała powinna wystąpić równowaga chlorowa. Tymczasem liczne badania, między innemi i własne doświadczenia Halperna wykazują, że chorzy na nerki tracą zazwyczaj znacznie więcej chlorków, niżby odpowiadało zawartości ich w płynach obrzękowych nawet 0,8%-owych. Obliczanie wykazywało nieraz utratę płynów w znacznie większej zawartości chlorków, 3—4, a nawet do 7%. To dowodziłoby, że poza płynami obrzękowymi w najszerszem tego słowa rozumieniu, istnieje jeszcze pewien nadmiar chlorków, prawdopodobnie w tkankach. W jakiej postaci zatrzymuje się ten nadmiar soli kuchennej, tego nikt jeszcze nie rozstrzygnął. Podnieść jeszcze w końcu trzeba, że zachowanie się chlorków u królików i u ludzi może być choćby z tego względu różne, że króliki pod względem spożywania soli kuchennej znacznie się różnią od innych zwierząt i ludzi.

Stanisław Mutermilch podnosi, że nie można wyników doświadczeń na królikach przenosić w całości na patologię ludzką. Sprawa chorobowa, powstająca u królików w nerkach po wstrzyknięciu soli uranu, nie da się utożsamiać z cierpieniem przewlekłem, jakiem jest choroba Brighta u ludzi. Mowca podaje w wątpliwość, czy zebrane przez autorów fakty mogą przemawiać przeciw historetencyi soli kuchennej. Zatrzymanie się w ustroju NaCl, oraz zatrzymanie się wody, są zjawiskami mniej lub więcej ściśle od siebie zależnemi, ponieważ ustrój dąży do zachowania pewnego stałego zgęszczenia swoich cieczy, jak surowicy krwi, limfy i t. p. Dlatego też wszędzie tam, gdzie pierwotnie zatrzymuje się w ustroju woda, bez względu na przyczynę powstawania obrzęków, zatrzymaniu ulega również NaCl w ilości niezbędnej do zachowania prawidłowego zgęszczenia jonowego cieczy ustrojowych, — i odwrotnie pierwotne zatrzymanie się NaCl prędzej lub później wywołać powinno zatrzymanie się pewnej ilości wody, aczkolwiek dwie te sprawy niekoniecznie muszą w danym okresie czasu przebiegać ściśle równolegle. Zasadniczem pytaniem w sprawie zachowywania się chlorków u chorych na zapalenie nerek jest, czy chlorki zatrzymują się w ustroju pierwotnie, t. j. bądź wskutek niedomogi wydzielniczej nerek względem chlorków, bądź wskutek czynnego pierwotnego zatrzymania ich przez tkanki, czy też wtórnie, dzięki niedostatecznemu wydzielaniu się wody przez nerki. Za teoryą historetencyi przemawiają między innemi spostrzeżenia kliniczne, gdzie po zastosowaniu dyety bezchlorowej następuje dechloruracya, znacznie przewyższająca tę ilość NaCl, jaka odpowiada ilości wydzielonej wody (t. j. moczu). Że pierwotne zatrzymywanie się NaCl w tkankach jest możliwe, dowodzą przypadki chorób zakaźnych, gdzie powstaje znaczne zatrzymanie się chlorków bez jednoczesnego widocznego zatrzymywania się wody. Mowca sądzi, że autorzy nie rozstrzygnęli, co jest istotną, pierwotną przyczyną zatrzymywania się chlorków, t. j. czy zatrzymują się one wtórnie, czy też pierwotnie. Przyszłość pokaże, czy pytanie to uda się kiedykolwiek rozwiązać zapomocą doświadczeń na zwierzętach.

Rzętkowski zaznacza, że wyniki doświadczeń L. i W., o ile dotyczą udziału NaCl w powstawaniu obrzęków, są zgodne z tem, o czem poucza spostrzeganie kliniczne. Co się zaś tyczy historetencyi, to wnioski autorów, obalające ją, są w sprzeczności z kliniką, która dostarcza poważnych, choć nie bezpośrednich dowodów zatrzymywania NaCl. Tu mowca przytacza własne spostrzeżenie, dotyczące zachowania się przemiany chlorowej. Badana chora utraciła około 10 kg wagi w przeciągu 8 dni. Płyny obrzękowe zawierają około 0,4—0,5% NaCl, t. j. 4 grm na 1000. Stąd też utrata 10 kg wagi płynu obrzękowego, równoważną być powinna utracie 40 grm NaCl. Chora spożywała dziennie około 1700 grm mleka (około 0,2% NaCl), czyli spożyła przez te 8 dni około 35 grm NaCl, wydzieliła zaś 259,6, bilans przeto ujemny chlorowy przedstawia się tu w postaci około 224 grm, które uległy zatrzymaniu, t. j. z górą 5 razy więcej, niż to przypada na NaCl rozpuszczone w obrzęku (40 grm). Jeżeli przypuścimy, że w płynie obrzękowym uległo zatrzymaniu istotnie 40 grm NaCl, to 224—40, czyli 187 musiało uledz zatrzymaniu gdzieindziej, nie w płynie, t. j. w tkankach. Jeżeliby uznać, że i te 184 grm uległy zatrzymaniu w postaci obrzęków, które chora utraciła, to chora powinnaby utracić na wadze w tym 8-dniowym okresie dechloruracyi nie 10 kgrm, lecz 10 + 184/4, t. j. 56 klg, stała zaś jej waga wynosiła około 66—68 kg. W ten sposób, rozciągając poglądy L. i W. na klinikę, musielibyśmy dojść do absurdu. Tego rodzaju liczne już doświadczenia przemawiają na korzyść historetencyi NaCl. Za tem przemawia też zjawisko zatrzymania NaCl

bez zatrzymania płynów, bez wzrastania wagi, w t. zw. okresie przedobrzękowym. Atoli wyniki badania L. i W., chociaż nie znajdują zgoła potwierdzenia w klinice, są jednak rzeczywiste i nie pozwalają na wyciągnięcie innych wniosków, niż te, do jakich autorowie doszli. Skąd ta sprzeczność? Najprawdopodobniej stąd, że ostrego zapalenia nerek uranowego u królików nie można porównywać z zapaleniem nerek u ludzi.

Dunin sądzi, iż do nauki o obrzękach, dotąd zagmatwanej, wprowadzenie przez Widala teoryi nieprzepuszczalności nerek dla soli kuchennej było czynnikiem jasnym i prostym; historetencyi soli należy przyznać rolę bardzo poważną. Doświadczenia prelegentów nie przeczą faktom z kliniki. Historetencya na człowieku jest udowodnioną.

Wilczyński wyjaśnia, że wyniki pracy jego i Landaua nie są bynajmniej w sprzeczności z kliniką. Nie można przypisywać wyłącznej, a nawet głównej roli chlorkowi sodu w powstawaniu obrzęków w zapaleniu nerek, choćby już z tego względu, że nawet zwolennicy chlorowej teoryi przyznają, że niezawsze powstaje zatrzymywanie przy powstawaniu obrzęków, a następnie często widuje się w popłoniczem zapaleniu nerek, że chorzy od pierwszego dnia choroby pozostają na dyecie mlecznej, a więc bezchlorowej; gdy zaś następnie dostaną zapalenia nerek, obrzęki występują u nich nieraz bardzo znacznie. Trzeba więc w myśl teoryi Lichtheim-Cohnheima główną rolę w powstawaniu obrzęków przypisywać naczyniom podskórnym, czy to będzie ich wzmożona przepuszczalność, czy też zaburzenia krążenia. *J. L.*

W sprawie wyparcia obcych przetworów i narzędzi lekarskich.

Sprawozdanie krakowskiego »Komitetu popierania krajowego przemysłu lekarskiego«.

Bojkot wyrobów pruskich z zakresu przemysłu lekarskiego napotyka liczne trudności i to w tym stopniu, że nareszcie da się przeprowadzić tylko częściowo; natomiast widoki na przyszłość byłyby pomyślne, gdyby przedewszystkiem lekarze wytrwali w zamiarze i energii, gdyby nie zniechęcali się pierwszemi trudnościami, które z natury samego przedsięwzięcia muszą istnieć.

I. Bojkot w dziale farmaceutycznym przedstawia najszersze pole i przyniósłby największe korzyści; niestety, jest on najtrudniejszy do przeprowadzenia: ze strony lekarzy stoi na przeszkodzie nabyta podczas studyów wiedza, będąca u nas pod wpływem nauki niemieckiej, jednostronne u nas informowanie się w piśmiennictwie niemieckiem, wreszcie przyzwyczajenie się do stosowania w praktyce przetworów niemieckich. Ze strony zaś aptekarzy utrudniają bojkot wytworzone już długoletnie stosunki handlowe prawie wyłącznie z firmami niemieckiemi, utarte w ciągu lat drogi, uzyskane dogodności i zobowiązania kredytowe itd. Jednym z powodów prawdziwie zdrożnych, utrudniających bojkot przetworów niemieckich, jest polecanie przez lekarzy »specyfików«; nie mówimy tu o przetworach opatentowanych, lecz o takich lekach, jak przetwory żelaza, tran w zawiesinie itd. Metoda ta jest pod każdym względem zdrożna, bo ze stanowiska terapeutycznego utrudnia indywidualizowanie chorych, przyzwyczaja laików do nabywania leków bez pośrednictwa lekarza, a aptece nadaje charakter sklepikarskiego biernego pośrednictwa między fabryką a odbiorcą. Lecz przytoczone sposoby bojkotowania niemieckich przetworów leczniczych nie przyniosłyby wybitnych korzyści, gdyby przyszło na nich poprzestać: nie byłby to stały dokonany zwrot w tej sprawie. Gruntowną zmianę stanowiłoby założenie po myśli magistra farmacyi p. Bolesława Jawornickiego hurtownego składu aptecznego (centralnej drogueryi), zaopatrzonej w przetwory fabryk niemieckich. Mamy podstawę utrzymywać, że znalazłby się bez trudu człowiek do takiego przedsiębiorstwa uzdolniony, jak również, że znajdzie się kapitał zakładowy, jeśli przedsiębiorstwo znajdzie w kraju poparcie. Rękojmię taką mógłby dać Wydział krajowy, gdyby zobowiązał się zaopatrywać wszystkie szpitale krajowe w leki z takiego »centralnego składu«. Pewny, stały i tak poważny odbiorca usunąłby wszelkie ryzyko tak pomyślanego przedsiębiorstwa, przeciwnie — byłby to nader zyskowny interes, który wiedeńskiej drogueryi zapewnił i przysporzył wielkie korzyści pieniężne. Wydział krajowy mógłby zobowiązać »centralną droguerye«, ażeby utrzymywała na składzie wszystkie przetwory farmaceutyczne, wyrabiane w kraju, zwłaszcza w pracowniach chemicznych Królestwa Polskiego, oczywiście — o ile dobroć ich dorównywa przetworom fabryk zagranicznych. Tym sposobem wytworzyłaby się podstawa do zapoczątkowania własnego przemysłu aptecznego, i to byłby najwyższy szczyt i ostateczny cel bojkotu, gdyby powiodło się zastąpić przetwory farmaceutyczne niemieckie nie wyrobami innych fabryk zagranicznych, lecz produktami własnego przemysłu.

II. W sprawie bojkotowania uzdrowisk i zdrojowisk niemieckich referent tego działu, Dr Maryan Godlewski, oparł się na zestawieniu zdrojowisk niemieckich z polskiemi, dokładnie opracowanem przez Dr H. Dobrzyckiego; z tego zestawienia każdy lekarz może wysnuć praktyczne wnioski przy polecaniu leczenia balneo-terapeutycznego. Zestawienie Dra H. Dobrzyckiego było w ciągu roku 1908 ogłoszone w kilku czasopismach, a umieścił je w całości »Kalendarz lekarski krakowski« na rok 1909. Komisya bojkotowa świadoma jest braków w zdrojowiskach i uzdrowiskach naszych i dopatruje się najdoskonalszego środka bojkotu w podniesieniu naszych miejsc kąpielowych; w tym względzie odwołuje się Komisya bojkotowa do Towarzystwa balneologicznego, ażeby, jako poważne ciało zbiorowe, nie ustawało w gorliwości i wpłynęło na sfery decydujące w celu podniesienia, udogodnienia, a nawet uzdrowotnienia polskich zdrojowisk i uzdrowisk.

Co się tyczy kąpieli morskich, to pomimo pewnych zalet, które wyróżniają Połągę na wybrzeżu baltyckiem, nie odpowiada ona wszystkim warunkom stacyi morskiej. W bojkotowaniu niemieckich wybrzeży morskich należy odmiennie traktować Soboty i Kołobrzeg: w obu tych miejscowościach przebywa sporo rdzennej ludności polskiej, istnieją firmy polskie, pensyonaty polskie; w wielu hotelach niemieckich utrzymuje się służbę polską ze względu na polską klientelę; owoż bojkotowanie tych dwóch stacyi morskich jest właściwie bojkotowaniem tamtejszych Polaków, wyparciem pierwiastku polskiego, który nieraz w tych okolicach odegrał wybitną rolę przy wyborach. Więcej należy zwrócić uwagi na wybrzeża Morza Czarnego (Odessa, Krym), ze względu na geograficzne położenie dla południowych okolic naszego kraju, oraz licznie tu zamieszkałych Polaków. W sezonie zimowym, jesiennym i wiosennym stacye morskie niemieckie nie wchodzą w rachubę, idzie tylko o sezon letni: w tym względzie stacyom morskim niemieckim należy przeciwstawić wybrzeża belgijskie, holenderskie i duńskie, na których obok renomowanych i drogich stacyi pierwszorzędnych są i miejscowości tanie, a jednak nie pozbawione wygód. Zresztą nie należy spuszczać z oka nabytego w ostatnich latach doświadczenia, że wybrzeża Morza Adryatyckiego nie są w lecie tak upalne, jak to się przypuszcza, że wiele osób wiarygodnych, które w kilku ostatnich sezonach spędziły z dziećmi letnie miesiące w Grado, Abbazyi itd., zapewnia, iż upał letni nie dał się im ujemnie uczuć, natomiast podnoszą zbawienny wpływ rozgrzanego piasku w wielu chorobach, w połączeniu z łatwością i względną taniością pobytu.

III. Co się tyczy narzędzi chirurgicznych itd., to bojkot wyrobów niemieckich tego działu może byłby najwięcej wykonalny, gdyby z jednej strony ogół lekarzy, a zwłaszcza szpitalnych i profesorów przedmiotów klinicznych i praktycznych, zechciał przejąć się tą myślą przewodnią, a przedewszystkiem zobowiązał do bojkotu właścicieli składów narzędzi chirurgicznych, upewniając ich, że nie sprowadzając wyrobów niemieckich, nie poniosą żadnej straty, a wreszcie, że pod żadnym warunkiem kupować nie będą narzędzi, pochodzących z fabryk niemieckich. Referent tej sprawy, Doc. Dr Chlumsky, po skomunikowaniu się z fabrykami niemal całej Europy, prócz oczywiście niemieckich, doszedł do wniosku, że najlepsze warunki daje fabryka Schärera w Bernie szwajcarskim z filiami w Brukseli i Lozannie; dalej idą wyroby fabryki Quinion w Paryżu i braci Čižek w Pradze. Wszystkie te zakłady przyobiecują znaczne zniżki, sięgające do 20%. Fabryka braci Čižek dostarcza również materyałów opatrunkowych i przyborów ze szkła. Z innych firm, które opust przyobiecały, wymienia Dr Chlumsky następujące: Porges w Paryżu (instrumenta urologiczne), Stille w Stokholmie, Hoffmann i Rychlik w Pradze.

Urządzenie sal operacyjnych (umywalnie, autoklawy, sterylizatory) można prawie w całości przeprowadzić w kraju; a o ile by to w pewnej mierze wykonać się nie dało, braki można korzystnie uzupełnić według koreferenta tego działu, Dra Tymoteusza Piotrowskiego, wyrobami francuskimi (Quinion, Mathieu, Adnet). Według Dra Piotrowskiego stoły operacyjne i umeblowanie sal operacyjnych wyrabiają następujące firmy polskie: Gostyński w Warszawie, Gorecki, Gramatyka, Staszczyk w Krakowie. Subtelne roboty w tym zakresie z korzyścią nabywać

można w fabrykach francuskich pp. Vast, Quinion, Mathieu i szwajcarskich p. Schärera i in. Umeblowanie izb szpitalnych w zupełności można wykonać u firm krajowych, mianowicie (prócz wyżej wymienionych) w zakładach pp. Kaczkowskiego w Lublinie, Jarnuszkiewicza w Warszawie, Piotrowskiego we Lwowie — wreszcie w fabrykach austryackich.

Co do narzędzi położniczych i ginekologicznych, to na podstawie zestawienia katalogów stwierdził Dr Piotrowski, że w cenie, równej cenom francuskim, a czasem i niższej, dostarczają firmy: Jodłowski w Warszawie, Odelga w Wiedniu, Nowakowski w Wiedniu, Rychlik, bracia Čižek w Pradze. Lepsze, lecz droższe narzędzia z tego działu wyrabiają firmy francuskie: Collin, Aubry, Vast i in.

IV. W sprawie wyparcia wyrobów pruskich z działu okulistyki zadanie nasze według referenta, Prof. Majewskiego, może najłatwiejsze, gdyż wyroby niemieckie tego działu nigdy nie cieszyły się tem uznaniem, co narzędzia firm francuskich. Prof. Majewski ilustruje swoje twierdzenie przykładami używania wyrobów firm francuskich i wykazuje ich nadzwyczajną trwałość, co w rezultacie czyni je istotnie tańszymi. W dalszym ciągu podaje Prof. Majewski, że np. klinika okulistyczna krakowska wysyłała dawniej narzędzia do ostrzenia do Paryża; od pewnego czasu, po wypróbowaniu pracowni jednego z mechaników krakowskich, klinika nie ostrzy narzędzi w Paryżu, gdyż czynność tę wykonywa mechanik p. Ornatowski równie dobrze; podejmuje się on także wykonywania niektórych narzędzi okulistycznych i to w stopniu, nie pozostawiającym nic do życzenia. Referent jest zdania, że i inni mechanicy nasi są również uzdolnieni do tego rodzaju wyrobów i że większość narzędzi okulistycznych da się wyrabiać w kraju bez najmniejszej szkody dla okulistów; tam jednak, gdzie nasza wytwórczość nie wystarcza, zwracać się należy do przemysłu francuskiego, zwłaszcza, że wskutek przeprowadzonej korespondencyi otrzymał referent deklaracye poważnych zniżek od pierwszorzędnych firm francuskich (Gentil 15%, Cornet 10%, Giroux 10—20%, Collin 10%). Nieznaczna nadwyżka cen wyrobów francuskich wynagradza się ich trwałością i dokładnością. W jednym względzie lekarze nie będą mogli według referenta obejść się bez produkcyi niemieckiej: to w dziale przyrządów i instalacyi elektrycznych, którym zawładnęła wielka firma pruska Reiniger, Gebbert i Schall; firmy wiedeńskie biorą towar z Prus. Istnieje zakład w Bregencyi (Vorarlberg) pod nazwą »Elektra«, wyrabiający niektóre przyrządy elektryczne lekarskie po cenach przystępnych.

Wyrób sztucznych oczu jest do tej pory w rękach Niemców, a Wiesbadeńska fabryka Müllera przysyła do nas corocznie współpracownika, który na miejscu dorabia protezy potrzebującym. Zaprzeczyć się nie da, powiada Prof. Majewski, że wyroby fabryki Müllera są pierwszorzędnej jakości, ale przypuszczać należy, że oczy sztuczne, wyrabiane we Francyi, nie są gorsze, a tylko nam nieznane; należałoby i pod tym względem zwrócić się do producentów francuskich. Z tych na pierwszy plan wybija się Dr Colomb, który wydał nawet książkę o protezie ocznej. Referent kończy swoje wyczerpujące sprawozdanie przytoczeniem firm francuskich, a po części i innych krajów, z podaniem szczegółowych adresów.

Wyciągając ze wszystkich referatów ogólny wniosek, dochodzi się do przekonania, że bojkot wyrobów niemieckich z zakresu lekarskiego na razie może być tylko częściowy, lecz, że nie ustając w działaniu, można go nietylko rozwinąć, ale i wzmódz własną wytwórczość w tym kierunku; wszystkie jednak czynniki: lekarze, aptekarze, właściciele składów narzędzi chirurgicznych, muszą zgodnie iść do jasno wytkniętego celu. Główna atoli rola przypada obok prymaryuszy szpitali profesorom klinicznym i przedmiotów praktycznych, którzy z jednej strony bez cienia agitacyi z katedry mogą i powinni nauczać o lekach i przyrządach pochodzenia nieniemieckiego i sami nimi się posługiwać w klinikach, a z drugiej strony oni jedni mogą wywrzeć skuteczny nacisk na krajowe pracownie i składy narzędzi chirurgicznych, oświadczając stanowczo, że dalsze zakupy dla klinik, szpitali, sanatoryów i własnego użytku czynić będą u nich pod tym tylko warunkiem, jeśli te narzędzia będą pochodzić nie z pracowni niemieckich, lecz z tych zakładów, które oni wskażą. Zapatrywanie to na czynną rolę, która przypada profesorom klinik i prymaryuszom szpitali w przeprowadzeniu bojkotu przetworów i wyrobów niemieckich, wymaga zmiany w składzie osobowym Komisyi bojkotowej i tym wnioskiem należy zakończyć obecne sprawozdanie z dotychczasowej działalności tej Komisyi.

Sprawozdawca: *Dr August Kwaśnicki*,
Przewodniczący Komitetu.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska odbyła 23. I. 1909 pełne posiedzenie, na którem zajmowano się następującemi sprawami:

1) Prezydent odczytał rezygnacyę Dra Kijasa z godności członka Izby z powodu złego stanu zdrowia.

2) Prezydent zdał sprawę z czynności Wydziału i Rady honorowej.

Z powodu sprawy Dra H. z N., któremu odmówiono honoraryum za udzielenie porady lekarskiej żołnierzowi na mocy rozporządzenia z r. 1859, uchwalono przedstawić rzecz jako wniosek Izby zach.-galic. na wiecu Izb.

Prezydent przedstawia sprawę Dra E. z K., która poruszyła umysły i wywołała szereg publikacyi i pogłosek, przedstawiających ją niejasno. Dr. E. zgłosił się do Izby z prośbą o obronę z powodu wypowiedzenia mu posady lekarza kolei półn. po 16-letniej służbie, rzekomo z powodu, że podczas swego urlopu wykonywał praktykę lekarską w Marienbadzie. Zeznania Dra E. co do przebiegu sprawy w oryginale, spisanym przez Dra E., odczytano. Wydział Izby, przyjmując zeznania Dra E. za prawdziwe, nie mógł jeszcze z natury rzeczy wyrobić sobie zdania, czy interwencya Izby jest uzasadniona, toteż na posiedzenie dn. 20. X. 1908 zaprosił, jako znawcę, konsulenta kolei państwowej, Dra J. Tenże po wysłuchaniu sprawozdania Dra E. i na pytania członków Wydziału przyznał, że Drowi E. wyrządzono krzywdę, że Drowi E. przysługuje prawo 3-miesięcznego urlopu, że płacąc sobie zastępcę, mógł w czasie urlopu robić, co mu się podoba. Zgodził się również na to, że Izba ma powód tą sprawą się zająć. Z wyjaśnień jego wynikało również, że zarząd kolei nie ma ustawowego środka do zmuszenia innych lekarzy kolejowych do objęcia zakresu czynności Dra E. Wobec tego wystosował Wydział pismo do Dyrekcyi kolei półn., w którem, przytaczając wszystkie motywa zeznania Dra E., prosił o podanie powodów pozbawienia Dra E. posady. Ponieważ odpowiedź nie nadchodziła, zwrócono się do Ministerstwa kolei, a równocześnie ogłoszono ostrzeżenie do kolegów, by posady ani zastępstwa nie przyjmowali. Mimo to dowiedział się Wydział, że kilku lekarzy podało się o rzeczoną posadę i że jeden z lekarzy kolejowych objął zastępstwo. Przez to siłą faktów bojkot przestał istnieć i Wydział uchwalił ogłosić komunikat w tej sprawie. Może być, że to przyznanie się do niepowodzenia bojkotu nie było praktyczne. Gdy wówczas 2 kolegów zwróciło się do Prezydenta z zapytaniem, czy o tę posadę podać się mogą, oświadczył im, by wobec tego stanu rzeczy postąpili według upodobania, w tem przekonaniu, że nie należało właśnie tych, którzy się lojalnie zachowali, pozbawiać szans na korzyść tamtych, którzy się do ostrzeżenia nie zastosowali. Izba uchwaliła wyjaśnienia te przyjąć do wiadomości i uznała postępowanie Wydziału w tej sprawie za zupełnie prawidłowe.

3) Na wniosek komisyi kontrolującej udzielono skarbnikowi absolutoryum.

4) Skarbnik przedstawił preliminarz budżetu na r. 1909. Przyjęto.

5) Zastępca delegata do kraj. Rady zdrowia zdał sprawę ze swej czynności.

6) Uchwały XIII. Wiecu Izb ratyfikowano w całości.

7) Delegatem na XIV. Wiec Izb obrano Prezydenta, upoważniając go do wyznaczenia ewentualnego zastępcy.

8) W sprawie nowego regulaminu poruczono Wydziałowi opracowanie projektu.

9) Izba zgodziła się na proponowane przez Wydział zmiany w ustawie rządowej o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych. Izba uchwaliła oświadczyć się za pauszalowanem wynagrodzeniem za donoszenie o przypadkach chorób zakaźnych.

10) Komisya weryfikacyjna wykazała pewne nieprawidłowości w postępowaniu niektórych starostw przy wyborach ostatnich do Izby; uchwalono odnieść się z tem do Prezydyum Namiestnictwa.

11) Ponieważ przepisy deontologii lekarskiej obowiązują tylko lekarzy przynależnych do Izby, polecono Wydziałowi zająć

się ewentualnem porozumieniem się w tej sprawie z nowopow stałą organizacyą lekarzy rządowych.

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie odbyło się w dniu 21. stycznia r. b. posiedzenie w sprawach, dotyczących bytu lekarzy.

Kol. K. Łazarowicz wniósł projekt utworzenia przy Stowarzyszeniu Wydziału należytości, którego celem byłoby ściąganie zaległych honoraryów lekarskich w tych przypadkach, gdy dłużnik wzbrania się je wypłacić. Wzorując się na regulaminie oddziału należytości przy Towarzystwie Samopomocy lekarzy w Krakowie, kol. Łazarowicz przedstawił regulamin Wydziału dla Warszawy, w którym wymagane jest złożenie 1) pełnomocnictwa dla adwokata Stowarzyszenia, 2) deklaracyi, mocą której powód na przypadek nieściągalności pretensyi obowiązany jest zwrócić Stowarzyszeniu poniesione koszta, 3) kwestyonaryusza, dotyczącego stosunków majątkowych dłużnika, oraz 4) szczegółowego rachunku lekarskiego. Za pośrednictwo Wydział pobiera od każdej odzyskanej sumy prowizyę w wysokości 10%, resztę przesyła koledze, o ile nią nie rozporządził inaczej. Zarząd Wydziału składałby się z 4 osób, wybranych przez zebranie ogólne, oraz delegata zarządu Stowarzyszenia. Projekt kol. Łazarowicza jednomyślnie przyjęto. — Drugim punktem porządku dziennego była sprawa utworzenia przy Stowarzyszeniu Kasy chorych na wypadek choroby. W sprawie tej zarząd rozesłał w roku zeszłym kwestyonaryusz do wszystkich członków Stowarzyszenia z zapytaniem, czy członek uważa utworzenie Kasy chorych lekarzy przy Stowarzyszeniu za potrzebne, czy będzie do niej należał, jaki sposób opodatkowania na korzyść Kasy uważa za najwłaściwszy. Na 300 zapytań otrzymano 260 odpowiedzi, z których ogromna większość oświadcza się za taką Kasą. Co do sposobu opodatkowania zaś, to zdania były podzielone: większość oświadczyła się za podatkiem dochodowym, inni za podatkiem równym, niewielka liczba za systemem znaczków na receptach. Wobec tego kol. Józef Zawadzki przedstawił projekt mieszany, który uwzględnia stan majątkowy członków Kasy. Według tego projektu podzielonoby członków według ich dochodów na 9 grup, z których każda, wnosząc obowiązkową roczną składkę 5 rb., opłacałaby jeszcze nieznaczny odsetek od swych dochodów, n. p. grupa pierwsza: lekarze zarabiający nie więcej nad 1000 rb. rocznie, opłacają tylko 5 rb. rocznie; grupa II: dochód do 1500 rb., składka 5 rb., oraz ½% od dochodu, t. j. razem 12½ rb. rocznie; grupa III: dochód 2000 rb., składka 5 rb. + ½% od dochodu: razem 15 rb.; grupa IV: dochód 2500, składka 17½ rb.; V: dochód 3000 rb., składka 20 rb. i t. d.; grupa IX: dochód 6000 rb., składka 35 rb. Dochód pobierany w sposób powyższy wystarczyłby zdaniem prelegenta na wypłacanie w razie choroby uczestnikowi nieżonatemu po 3 rb., żonatemu zaś po 5 rb. dziennie. — Kol. W. Szumlański przedstawił swój własny projekt opodatkowania członków. Wychodząc z założenia, że trudno przewidzieć wydatki Kasy na przypadek choroby uczestników, proponuje mowca utworzenie Kasy tytułem próby na lat trzy według następującej zasady opodatkowania. Każdy członek wnosi jednorazowo 5 rb., gdy zaś kapitał Kasy w ten sposób nagromadzony skutkiem wypłat zmniejszy się o 20%, każdy z uczestników wnosi ponownie 1 rb. Mowca przewiduje, że wydatek w ten sposób nie przekroczy 15 rb. na uczestnika. Sposób zbierania składek, oraz szczegóły mogłyby być opracowane przez osobną komisyę. — Dyskusyę szczegółową nad przytoczonymi projektami odłożono do posiedzenia następnego. *W. K.*

Państwowa służba zdrowia w Galicyi w budżecie austr. na r. 1909. Rząd preliminuje na rok 1909 dla Galicyi następujące systemizowane posady lekarzy państwowych: jedną w randze VI., 3 w VII., 16 w VIII., 50 w IX., 19 w X. i ośmiu asystentów sanitarnych, razem 97 osób. (Czechy mają 115 lekarzy państwowych). W preliminarzu tym mieszczą się dwie nowe posady koncepistów sanitarnych dla dwóch nowych starostw, oraz jedna nowa posada w randze IX.; te nowe posady zapewne jednak nie będą prędzej, niż z d. 1. października obsadzone, gdyż od tego terminu preliminowany jest na nie kredyt. Koszt całej państwowej służby zdrowia dla Galicyi wyniesie 369.919 kor., z czego 18.600 kor. przypada na adjuta. Dotacya dla krajowej Rady zdrowia preliminowana jest w kwocie 4.000 kor., na rozmaite wydatki sanitarne 6.000 kor., (obie pozycye, jak w r. poprzednim), gdy dla Czech wstawiono 15.000 kor., zaś dla Austryi niższej 41.800 kor. Na powstać mający we Lwowie państwowy zakład badania środków żywności nie wstawiono na ten rok jeszcze żadnego kredytu. (*Kuryer lw. Nr.* 28). *K.*

Felczerzy w Rosyi podali do Dumy memoryał w sprawie konieczności zachowania nadal ich stanu i nadania im prawa samodzielnej praktyki lekarskiej. *X.*

Nowy cudowny lekarz zjawił się niedawno na widowni. Jest nim pastor Felke w Repelen. W czasie swoich studyów uniwersyteckich uczęszczał on także na wykłady lekarskie i pochwytał lekarskie wiadomości. Niedawno celem naocznego zbadania sprawy udali się do Felkego trzej lekarze: Dr Cossmann, Liebreich i Neustätter. Felke wyczytuje z kalendarzy i gazet o nowych środkach i stosuje je bez żadnych skrupułów. Skład środków nic go nie obchodzi; twierdzi on n. p., że aspiryna stoi bardzo blisko arsenu i ma działanie zupełnie podobne. Dr Neustätter nawołuje lekarzy, by zawczasu pomyśleli o obronie przeciw temu partaczowi, który znajduje poparcie w prasie codziennej i zatacza coraz szersze kręgi swej działalności. *X.*

Wystawa przeciwko alkoholizmowi i partactwu w Dreznie wywołała protest 1500 osób, które stanęły w obronie partaczy na osobno odbytem zgromadzeniu, twierdząc, że od partactwa odróżniać należy wszystkie »naturalne sposoby leczenia« i że nie wolno krępować nikogo w wyborze odpowiadającego mu najwięcej sposobu leczenia. Natomiast zgromadzenie pochwala zwalczanie środków tajemnych i oszukańczych reklam. *X.*

Towarzystwo wyjaławiania mleka powstało w Bukareszcie za inicyatywą Drów Botesca i Mirona. Towarzystwo to w kilku rozsianych po mieście stacyach wyjaławia w odpowiednich naczyniach nadsyłane do miasta mleko i oddaje je potem do użytku kupujących. *X.*,

Ryby, a mór. Wydarza się, że szczury, padłe na dżumę wyrzucają marynarze do morza, gdzie je naturalnie zjadają ryby. Otóż Dr Fürth, z Instytutu higieny w Hamburgu, postanowił zbadać, czy też ryby, które zjadły szczury, padłe na dżumę, mogą być rozsadnikiem zarazy. Dawał w tym celu rybom pożerać części wątroby, śledziony i płuc pochodzące z zadżumionych szczurów, a nadto wstrzykiwał rybom jużto w mięśnie, już pod skórę hodowle dżumowe. Żadna ryba nie zachorowała. Ale przekonał się J., że bakterye dżumowe mogą utrzymywać się w jelitach rybich kilka dni, aż do chwili, kiedy z kałem dostają się znowu na zewnątrz. A więc ryby mogą także szerzyć dżumę i nie powinno się padłych na dżumę szczurów rzucać do wody, lecz palić. *Stahr.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. I. do 16. I. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 9, Markowa 13), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 3, Bratkowice 2), Kołomyja (Słobódka polna 12, Chomiakówka 1), Jaworów (Krakowiec 1, zmarł Dr Emil Kozłowski lekarz okręgowy w Wielkich oczach, który zakaził się, pełniąc obowiązki lekarza epidemicznego w Kobylnicy ruskiej), Nadwórna Łuh 1), Skałat (Rożyska 1); ospy pow. Brody (Popowce 2). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. I. do 23. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 2 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 5, płonicy 9 † 2 (4 † 2), odry 4 † — (— † —), duru brzusznego 4 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 17. I. do 23. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych 1), krztuśca 2, płonicy 17 † 3 (3 † —), odry 1 † —, duru brzusznego 4 † 1 (1 † 1), nagminnego zapalenia opon 1 (1). *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galic. zajmował się na posiedzeniu w d. 22. I. 1909 następującemi sprawami; 1) Prezydent przedłożył uchwały XIII. Wiecu Izb lekarskich w Pradze, które Wydział postanowił w całości przedstawić pełnej Izbie do ratyfikacyi. 2) Uchwalono pewne zmiany w projekcie rządowym ustawy przeciwepidemicznej przedłożyć pełnej Izbie. 3) Drowi K. z T. w sprawie posady przy kierownictwie regulacyi Wisły uchwalono odpowiedzieć, że Izba z małemi zmianami zgadza się na podane warunki. 4) W sprawie Dra S., któ-

remu zarząd Kasy chorych uczniów krawieckich wypowiedział bez powodu posadę, którą za mniejszem wynagrodzeniem ma oddać Drowi M., uchwalono zwrócić się do Dra M. z poleceniem, by posady tej nie przyjmował. — Dnia 23. I. 1909 odbyło się posiedzenie pełnej Izby lek. zachodnio-gal., z którego dokładniejsze sprawozdanie znajduje się w rubryce »Wiadomości zawodowe« dzisiejszego numeru.

— Towarzystwo lek. krakowskie odbyło w d. 29. I. posiedzenie, na którem 1) Dr Jarecki przedstawił przypadek pęknięcia szyjki macicy w 5. miesiącu ciąży, 2) Dr Schlank przedstawił hodowlę paciorkowców hemolitycznych z przypadku zakażenia połogowego, 3) Prof. Kader przedstawił wyciętą nerkę, oraz chorego, u którego wykona operacyę Freunda, 4) Dr Radliński przedstawił oznaczanie dolnej granicy żołądka sposobem Obrazcowa. W dyskusyach przemawiali: Dr Blassberg, Prof. Bujwid, Prof. Dobrowolski, Prof. Kader, Doc. Mięsowicz.

Lwów. Miejska komisya sanitarna zajmowała się na posiedzeniu w d. 23. I. b. r. srawą reformy miejskiej służby zdrowia i uchwaliła podnieść konieczność reorganizacyi tej służby; projekt instrukcyi dla rządowych lekarzy policyjnych, których miałoby być we Lwowie 8, uznała komisya za nieodpowiedni, jako wkraczający w autonomiczne atrybucye gminy; wreszcie rozpatrywano sprawę organizacyi leczenia ubogich.

— Towarzystwo ginekologiczne lwowskie wybrało 13. I. 1909 prezesem Dra W. Hojnackiego, wiceprezesem Dra St. Kwiatkiewicza, sekretarzem Dra Dauma, skarbnikiem Dra M. Rappaporta.

— Dr Kazimierz Orzechowski z Wiednia mianowany został prymaryuszem oddziału chorób nerwowych i umysłowych w krajowym szpitalu we Lwowie.

— W dniu 30. I. odbyć się ma konferencya przedstawicieli Namiestnictwa, Wydziału krajowego, Wydziału lekarskiego i innych czynników interesowanych w sprawie budowy Domu porodowego (mieszczącego klinikę uniwersytecką, szkołę położnych i oddział szpitalny) w Krakowie. Należy mieć nadzieję, że konferencya ta stanowić będzie w tej piekącej sprawie punkt zwrotny i stanie się początkiem jej ostatecznego załatwienia.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało 19. I. 1909 wiceprezesem swym Dra O. Hewelkego, członkiem komitetu bibliotecznego Dra Giedroycia.

— Dr Michał Sadowski, wieloletni redaktor »Medycyny«, a obecnie współredaktor »Medycyny i Kroniki lek.« obchodził 25. I. b. r. 25-letni jubileusz pracy lekarskiej. Dr Sadowski ukończywszy medycynę w Warszawie, został ordynatorem kliniki chorób wewnętrznych, następnie był ordynatorem szpitala św. Rocha do r. 1892, potem ordynatorem szpitala Dz. Jezus, a od lat 7 lekarzem naczelnym szpitala na Woli. Redakcyę »Medycyny« objął przed laty 15; w tem piśmie głównie ogłaszał też liczne swe prace. Obchód jubileuszowy odbył się w d. 25. I. 1909, przyczem przemawiali: Dr Dobrzycki, Giedroyć, Rzętkowski, Srebrny, Szumlański, J. Zawadzki i i. Zasłużonemu szermierzowi pióra, który w dziejach czasopiśmiennictwa polskiego wytrwałą swą pracą zdobył zaszczytną kartę dla kierowanego przez siebie pisma, składa Redakcya »Przeglądu lekarskiego« najszczersze życzenia, by na żmudnej niwie redaktorskiej z równym, jak dotąd dla społeczeństwa pożytkiem mógł pracować w jaknajdłuższe lata.

Łódź. Jak donoszą dzienniki, powstać ma w Łodzi akcyjne Towarzystwo sanitarne z kapitałem zakładowym 300,000 rb., mające na celu uzdrowotnienie miasta. Na pierwszem zebraniu organizatorów tego Towarzystwa, mającego nosić nazwę »Sanitas«, zadeklarowano na cele Towarzystwa 10,000 rb.

— Szpital św. Rocha i przytułek w Kalwaryi uzyskają wkrótce znaczniejszą fundacyę (60,000 rb.) z dokonanego jeszcze w r. 1817 przez Aug. Pręgowskiego zapisu, który według woli testatora wchodzi w życie obecnie, gdy zapis pierwotny doszedł do sumy 400,000 dawnych złotych polskich.

— Okolica Klembowa za Wołominem odczuwa brak lekarza. Informacyi udziela ks. St. Kuczyński, proboszcz w Klembowie, poczta Radzymin.

Z różnych stron. Zawiązane w Maryenbadzie Towarzystwo »Lekarskiego Domu Zdrowia« (Ärztliches Erholungsheim) pod przewodnictwem Dra Grimma, zdołało już w pierwszym roku swego istnienia ułatwić pobyt i leczenie się w Maryenbadzie znaczniejszej liczbie kolegów. Na cele Towarzystwa płyną dary od wszystkich Towarzystw, Izb lekarskich itp. Nawet Towarzystwa mniejsze, jak np. lekarzy wschodniego Śląska w Cieszynie, złożyły poważne kwoty. Posiadając już grunt, zamierza Towarzystwo Maryenbadzkie w najbliższym czasie rozpocząć budowę własnego budynku, potrzebując jednak na to znaczniejszego kapitału, zwraca się do wszystkich kolegów z prośbą o poparcie przez przystępowanie na członków i dobrowolne składki. W tym celu rozesłano obecnie odezwę do lekarzy wraz z wykazem zebranych już kwot, statutami i ogłoszeniem ściennem, zachęcającem do zapisywania się, aby wszystkie Towarzystwa lekarskie w swych lokalach ogłoszenie to umieściły.

— »Spolek českych lekarů« utworzył w swem łonie 4 sekcye naukowe: medycyny teoretycznej, medycyny wewnętrznej (łącznie z pedyatryą, neurologią, psychiatryą i dermatologią), medycyny zewnętrznej (chirurgia, ginekologia, położnictwo, okulistyka, laryngo-otologia i dentystyka) i medycyny publicznej (medycyna społeczna, higiena).

— Dwa higieniczne czasopisma czeskie »Zdravi lidu« i »Časopis pro verejne zdravotnictvi« połączyły się w jedno, które wychodzić będzie jako miesięcznik pod redakcyą Prof. Kabrhela, Dra Vrat. Kučery, Panyrka, Šimsy i Prof. Velicha.

— Do parlamentu austryackiego wniósł rząd projekt ustawy o zwalczaniu opilstwa.

— Czasopismo »Therapie der Gegenwart« dobiegło 50 lat istnienia.

— W Lubece wprowadzono (oprócz dawniej już istniejącego donoszenia o przypadkach śmierci z gruźlicy) obowiązek donoszenia o przypadkach »otwartej« gruźlicy płuc lub krtani, jeżeli chory opuszcza mieszkanie, jeżeli jego zachowanie się lub stosunki mieszkania zagrażają wielkiem niebezpieczeństwem dla osób otaczających, jeżeli chory pracuje przy sporządzaniu lub sprzedaży środków spożywczych, wreszcie jeżeli przebywa w takich warunkach, iż powstaje obawa zakażenia znaczniejszej liczby ludzi (przytułki dla sierot, dla ubogich, hotele, pensyonaty, szkoły).

— Międzynarodowy konkurs im. Alvarengi na dowolny temat, z terminem do 1. V. 1909, a nagrodą 180 dolarów, ogłasza »College of physicians of Philadelphia«. Prace konkursowe (pisane na maszynie) nadsyłać należy do sekretarza Kollegium, Thomas R. Nelsona.

— Konkurs na temat: »Jakie znaczenie ma cukier mleczny dla odżywiania niemowląt« ogłoszono z terminem do 1. IX. b. r., a nagrodami 2000, 1000 i 500 Mk. Prace konkursowe (po niemiecku) należy przesyłać pod adresem Prof. Schlossmana (Düsseldorf, Breitestrasse 8).

Mianowani: Dr M. Kalmus-Scheidrowa sekundaryuszką oddziału położniczego Prof. Czyżewicza w lwowskim szpitalu krajowym; Dr Kazimierz Lipski, dotychczasowy dyrektor szpitala w Skałacie, dyrektorem szpitala w Sokalu; Dr Władysław Wiszniewski, sekundaryusz szpitala lwowskiego, dyrektorem szpitala w Skałacie; Dr Tadeusz Gabryszewski dyrektorem szpitala w Bóbrce.

Zmarli:

Dr Jan Kochański

zakończył życie w d. 5/18 stycznia r. bieżącego w Kamieńcu Podolskim. Po ukończeniu studyów lekarskich na uniwersytecie w Kijowie, osiadł Dr Kochański w r. 1883 w m. Dunajowcach w pobliżu Kamieńca, gdzie stale przez ćwierć wieku pracował. Biegły i poważny lekarz, oraz człowiek zacnego serca, od początku zjednał sobie szeroką wziętość wśród rozmaitych warstw miejscowej i okolicznej ludności. Pracując bez wytchnienia, z zaniedbaniem własnego zdrowia, zgasł przedwcześnie, bo zaledwo w 54. roku życia, opłakiwany szczerze przez swych licznych pacyentów oraz przyjaciół. Wszyscy znający Go koledzy wysoko Go cenili i szanowali, to też na grób Jego od lekarzy m. Kamieńca złożono wieńce, a trumnę ze zwłokami ponieśli na miejsce wiecznego spoczynku koledzy. Nad grobem wygłosił kol. C. Neyman kilka serdecznych słów pożegnania. Cześć pamięci dobrego kolegi i zacnego człowieka! *Dr W. A.*

Dr Kazimierz Gąsiorowski

dyrektor służby zdrowia w Belgradzie. Po ukończeniu Wydziału lekarskiego w Kijowie rozpoczął ś. p. Gąsiorowski praktykę w Sokołowie, skąd w r. 1863 musiał emigrować za granicę. Osiadłszy w Serajewie, a następnie w Belgradzie, głęboką swą wiedzą i nieskazitelną prawością zyskał sobie ogólny szacunek u obcych. Prócz zajęć zawodowych zajmował się z wielkiem zamiłowaniem botaniką. Gorąco przywiązany do kraju, odwiedzał co kilka lat Galicyę, a ostatnie lata spędzał w Zakopanem.

Dr Emil Kozłowski, emer. lekarz pułkowy, lekarz okręgowy w Wielkich Oczach, padł ofiarą zawodu przy zwalczaniu duru osutkowego, w 58 r. ż.

Dr Douglas Argyll-Robertson (odkrywca znanego objawu wiądu) w 72 r. z. w Gondal w Indyach.

Redakcya otrzymała: Simmonds: Über Form u. Lage des Magens. Jena (Fischer 1907). — Wretowski: Dwa nowe sposoby aglutynacyi. »Gaz. lek.« 1908. — Kruszewski: O odkażaniu chemicznem wody studziennej. »Chemik polsk.« 1908 — Wiśniewski: Hodowanie dwoinek Neissera w pożywkach stałych. »Gaz. lek.« 1908.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w końcu grudnia 1908 i w styczniu 1909.

Gazeta lekarska Nr 52 1908: Wiśniewski: Hodowanie dwoinek Neissera na pożywkach stałych (dok.). Nowiński: O pneumokokowem zapaleniu otrzewnej u dzieci (dok). — Nr 1. 1909: Biernacki: W sprawie symptomatologii i dyagnostyki »skazy moczanowej«. Karwacki: Wiązanie aleksyny jako metoda dyagnostyczna. — Nr 2. Hornowski. O przyczynie śmierci po zabiegach operacyjnych. Karwacki (dok.).— Nr 3. Ant. Rydygier: Dalsze doświadczenia nad leczeniem twardzieli nosa i gardła zapomocą promieni Roentgena. Hornowski (dok.). — Nr 4. Bornstein: O t. zw. porażeniu okresowem. Zebrowski Al.: Przypadek ropnego zapalenia obudwu wyrostków sutkowych po urazowem pęknięciu błon bębenkowych.

Medycyna i Kronika lek. Nr 1: Halpern: O wpływie soku żołądkowego na procesy gnicia w kiszkach. Władysław Sterling: O porażeniach n. odwodzącego pochodzenia usznego. — Nr 2. Chybczyński: O dotychczasowych sposobach stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych i wynikach prób osobistych z wcieraniem maści tuberkulinowej według metody E. Moro. Sterling (dok.). — Nr 3. Batawia i Okuszko: Przypadek septycznego zakrzepu poprzecznej zatoki mózgowej z zajęciem błędnika. Chybczyński: (c. d.). — Nr 4. Kopytowski: Przyczynek do zmian w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią pyrogallolu. Chybczyński (cd.).

Tygodnik lek. Nr 52. 1908. Ziembicki W.: Śpiączka cukrzycza (dok.). — Nr 1: Gluziński: Anaemia perniciosa distomiatica. Pruszyński: O wpływie wydzielania wewnętrznego na ustrój i zastosowanie jego do celów medycyny praktycznej. Jurasz: Przyczynek do polskiego mianownictwa lekarskiego.— Nr 2. Jurasz: O fizyologicznej czynności jam nosowych jako przewodu oddechowego. Gluziński (dok.). Pruszyński (c. d.). Nr 3. Franke: O leczeniu przewlekłej niedomogi mięśnia sercowego. Pruszyński (dok.).

Nowiny lek. Nr 1. Wrzosek: O dobrym lekarzu. Hornowski: Z patologii jamy brzusznej. Maciesza: Znaczenie przewodu pokarmowego w powstaniu pylicy płuc i organów jamy brzusznej. Ziarko: Rzut oka na statystykę przypadków raka przewodu pokarmowego i wrzodu okrągłego żołądka. Matusewicz i Rosenhauch: Badania doświadczalne i kliniczne nad działaniem przetworów nadnercza. Brudnicki: O własnościach przecinkowca cholerycznego. Kasprzak: Potworek dwugłowy. Klęsk: Z dziedziny nauki cierpień urazowych i ubezpieczeń od wypadku. Bieliński: Wydział lekarski królewskiego Warszawskiego Uniwersytetu (1817—1831). Bieliński: Mianowski Mikołaj.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Zeszyt IV. za 1908: An. Landau: Przemiana ciał purynowych w ustroju ludzkim i wpływ na nią alkoholu; przyczynek do nauki o powstawaniu dny. Otto: Zmiany anatomo-patologiczne w kiszkach i gruczołach krezkowych w tyfusie brzusznym (c. d.). Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny (c. d.).

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 9. i 10. 1908: Krzyształowicz i Siedlecki: Morfologia krętka bladego. Giedroyć: Nauka o chorobach wenerycznych w piśmiennictwie lekarskiem polskiem.

Postęp okulistyczny Nr 12. 1908. Wicherkiewicz: Kilka uwag o znaczeniu zabiegów okulistycznych przeciw jaskrze i o wartości nowego zabiegu: krzyżowa sklerotomia powierzchowna. Noiszewski: Bezład wzrokowy (dok.).

Kronika dentyst. Nr 1. Wilga: Zęby w medycynie sądowej.

Głos lekarzy Nr 1. W sprawie wynagrodzeń za orzeczenia psychiatryczne. Salpeter. W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej. Ćwiklicer: Śruba podatkowa. Gilnreiner i Bednarski: Organizacya lekarzy okręgowych. — Ankieta międzynarodowa w sprawie tajemnicy lekarskiej. Przesmycki i Siegel: Kapitulacya Izby lekarskiej. — Nr 2. Mikołajski. Opinia Izby lekarskiej wschodnio-gal. o rządowym projekcie ustawy o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu. — W sprawie kapitulacyi Izby lekarskiej. Flis: W sprawie opłacania podatków przez lekarzy.

Przegląd higieniczny Nr 1. Popielski: Czynność gruczołów ślinowych pod wpływem ciał, wprowadzonych do jamy ustnej. Mołczański: Do kwestyi ogrzewania ciepłą wodą pojedynczych pięter.

Zdrowie Nr 1. Korczyński L.: Psychiczne rysy histerycznej nerwowości Hewelke: Kilka uwag w sprawie wychowania jedynaków.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 3. lutego 1909 o godz. 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) kol. Rutkowski: Przedstawienie przypadków chorobowych. 2) kol. T. Janiszewski: Kilka uwag o domach izolacyjnych.